

Torino, 8 giugno 2010

CONVEGNO NAZIONALE
GISMa 2010

BOLOGNA, 5-6 maggio 2010
Relais Bellaria Hotel & Congressi



gis
ma
gruppoitalianoscreening
mammografico

Il Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico.

Programma di lavoro e sintesi dei temi dibattuti
nell'ultima riunione.

Breve presentazione dei poster piemontesi.

WORKSHOP CONGIUNTO GISMa-ONS

sulla sovradignosi e sovratrattamento
BOLOGNA, 4 MAGGIO 2010



gis
ma
gruppoitaliano
screening
mammografico

OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

CONSENSUS CONFERENCE

sulle modalità di refertazione
screening e CAD (GISMa-SIRM)

BOLOGNA 6 MAGGIO 2010



gis
ma
gruppoitaliano
screening
mammografico



gis
ma
gruppoitaliano
screening
mammografico

OSSERVATORIO
NAZIONALE
SCREENING

CONVEGNO NAZIONALE GISMa 2010

BOLOGNA, 5-6 maggio 2010
Relais Bellaria Hotel & Congressi



SESSIONE POSTER

PROGRAMMA

- 9.30 Registrazione e introduzione al workshop
- 10.00 I SESSIONE
Inquadramento
Le valutazioni di
Discussione
- 11.00 II SESSIONE
Le criticità legate
Discussione
- 11.50 Pausa
- 12.10 III SESSIONE
Le criticità legate al trattamento
e ai protocolli terapeutici
Discussione
- 13.00 Discussione allargata
Saranno invitati professionisti e
ed associazioni legate alle tematiche

OBIETTIVI DEL WORKSHOP

Nell'ultimo periodo l'interesse per la p
screening mammografico, fino a poco t
diventato pressante dopo la pubblicaz
critiche in merito e divulgate tramite i m
qualche modo correlato al precedente, i
e del rischio connesso di sovratrattamen
lo scopo di fornire sia un inquadramen
dibattito internazionale, sia di stimolare
di altre società scientifiche o associazior

Discussant Mario Ta
Maria Piera

13.15-14.15

Pausa pranzo

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER RADIOLOGI

Integrazione della mammografia di screening
con ecografia nei seni densi



gis
ma
gruppoitaliano
screening
mammografico

BOLOGNA
4 MAGGIO 2010

PROGRAMMA

- 13.30 Registrazione dei partecipanti
- 14.00 Valutazione di seno denso: criteri morfologici e quantitativi (BIRADS);
riproducibilità del giudizio: esemplificazione con casi delle diverse densità –
studi di riproducibilità del giudizio Alfonso Frigerio
- 14.30 Discussione
- 14.45 Cenni epidemiologici sulla frequenza dei seni densi in funzione dell'età
e sulla associazione del seno denso con il rischio di carcinoma di intervallo:
evidenza di letteratura sulla frequenza di seno denso e età – studi RR
di ca intervallo in funzione della densità Stefano Ciatto
- 15.15 Discussione
- 15.30 Pausa
- 15.45 Diagnosi occasionale di carcinoma all'ecografia in seno denso e mammografia
negativa: esemplificazione di casistica: presentazione di casistica, prima con
analisi della mammografia bilaterale sollecitando commenti dal pubblico,
poi rilevazione della sede e immagine ecografica Vittorio Corsetti
- 16.15 Discussione
- 16.30 Diagnosi occasionale ecografica di carcinoma mammograficamente occulto
in seno denso: evidenza della letteratura da studi non controllati:
evidenza di letteratura – presentazione di valori medi di incremental
detection rate (IDR) e incremental recall rate (IRR) Mara Tonegutti
- 17.00 Discussione
- 17.15 Integrazione ecografica della mammografia negativa con seno denso:
risultati di studi controllati (ACRIN e RIBES) quanto a IDR e IRR –
discussione dei possibili bias degli studi – analisi dei costi nei diversi
scenari (evidenza pre-ACRIN, ACRIN, RIBES) Stefano Ciatto
- 17.45 Discussione
- 18.00 Compilazione questionario ECM

CORSO DI AGGIORNAMENTO PER TECNICI DI RADIOLOGIA

Percorso di qualità: dalla formazione professionale
all'acquisizione di immagini diagnostiche



gis
ma
gruppoitaliano
screening
mammografico

BOLOGNA
4 MAGGIO 2010

PROGRAMMA

- 8.00 Registrazione dei partecipanti
- 9.00 Saluti ed introduzione al corso Silvia Salimbeni, Vania Galli
- 9.30 Progetto di formazione senologica
all'interno del percorso di laurea Gioele Santucci
- 10.00 Percorso di inserimento del neo assunto
in un servizio di screening mammografico Rita Bisognin
- 10.20 Analisi iconografica
- 10.40 Verifica della qualità dell'immagine in mammografia analogica
CQ sui sistemi digitali CR Elisabetta Gentile
- 11.00 CQ sui sistemi digitali CR Franca Artuso
- 11.30 Pausa Daniele Demetrio
- 12.00 CQ sui sistemi digitali DR
- 12.30 Tavola rotonda Moderatori: Alessandra Ranzoni, Daniela Severi
- 13.00 Pausa
- 14.00 Percorso di integrazione fra il sistema RIS PACS
e lo Screening Mammografico Massimo Romanelli
- 14.45 RIS-PACS e Teleradiologia: la gestione del rischio
negli screening mammografici Monica Pini
- 15.15 Risk management: ipotesi di analisi proattiva applicata
ad un servizio di screening mammografico Rita Bisognin
- 15.45 Discussione
- 16.00 Somministrazione questionario ECM e chiusura del corso

OBIETTIVI DEL CORSO

Il corso si pone l'obiettivo di fornire ai discenti strumenti e metodi di valutazione in un per-
corso di qualità assurance, dalla preparazione di base al riconoscimento dei potenziali rischi
legati alla prestazione. Particolare attenzione è riservata ad argomenti quali: formazione uni-
versitaria, inserimento del neo assunto, controlli di qualità effettuati sulle apparecchiature
dedicate, valutazione della qualità tecnica e fotografica dell'immagine, gestione dei dati e
delle immagini, risk management.

ntifica multidisciplinare, costituita su base volontaria da
italiani di screening mammografico. Fra i suoi obiettivi ci
agini annuali e la promozione di incontri che favoriscano
e adottate e sui risultati raggiunti.

egna sui risultati dei programmi di screening italiani,
ondirà i temi del follow up dei casi screen-detected, le
la sovradignosi e al sovratrattamento, la gestione dei
sto per tumore alla mammella e l'impatto delle nuove
eening.

ti i corsi per Radiologi e Tecnici sanitari di radiologia me-
ppuntamento tradizionale.

I sessione

**Survey GISMa SQTM: risultati,
aspetti organizzativi
e strategie per il miglioramento
della qualità**

Moderatore: M. Zappa

Interventi: D. Giorgi, M. Taffurelli

Commenti: L. Giordano, A. Ponti

I sessione

**Survey GISMa SQTM: risultati,
aspetti organizzativi
e strategie per il
miglioramento della qualità**

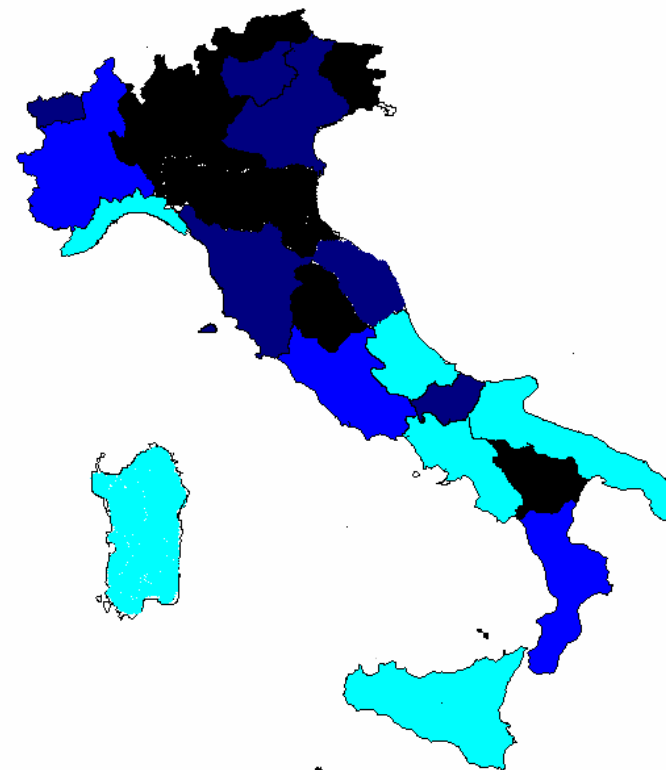
Daniela Giorgi (Lucca): **Survey GISMA**



**Estensione teorica
2008**

< 50%	Cyan
50 - 74%	Light Blue
75 - 94%	Dark Blue
> 94%	Black

Italia 87,3%

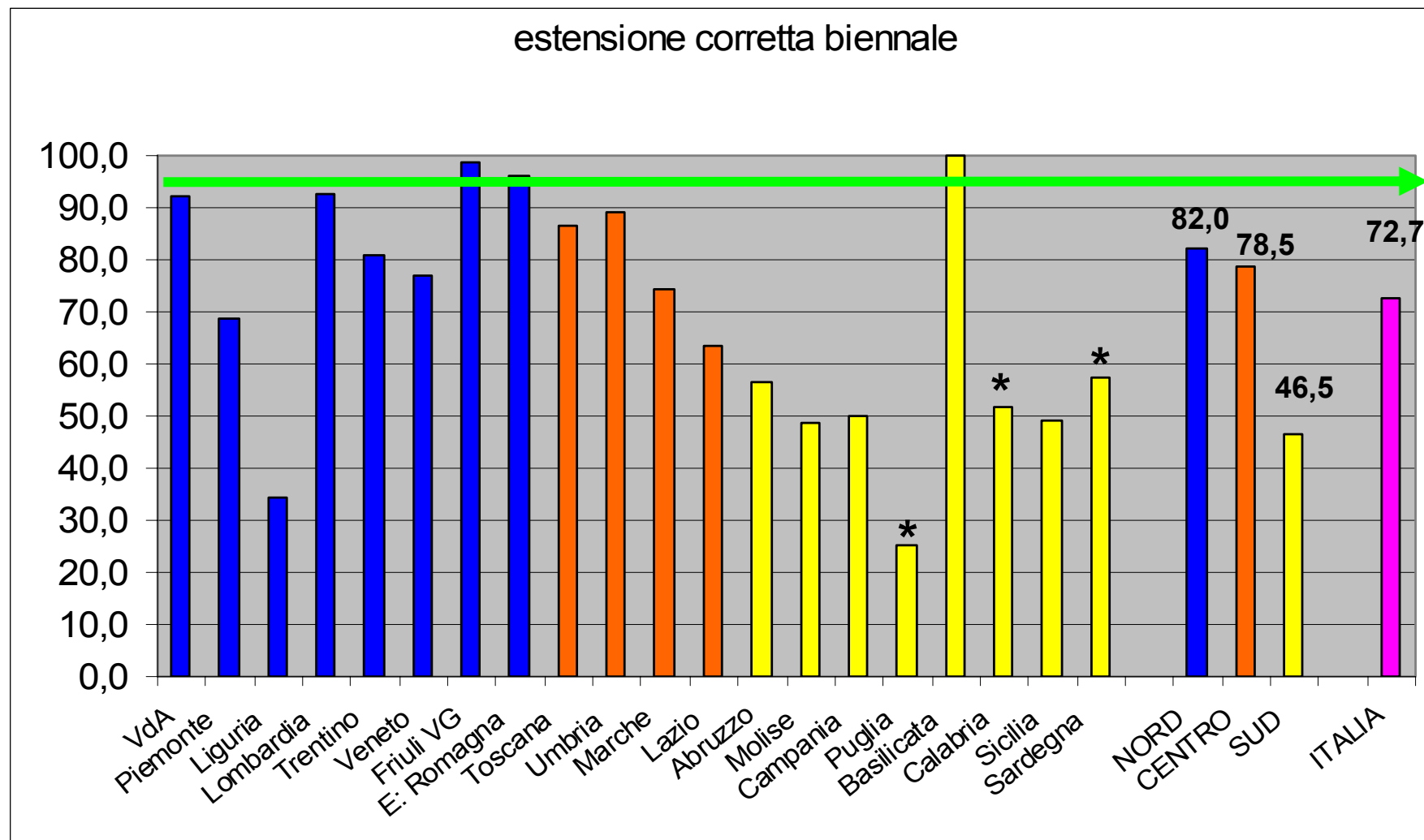


**Estensione effettiva
2008**

< 50%	Cyan
50 - 74%	Light Blue
75 - 94%	Dark Blue
> 94%	Black

Italia 69,2%

Estensione corretta biennale 2007-2008



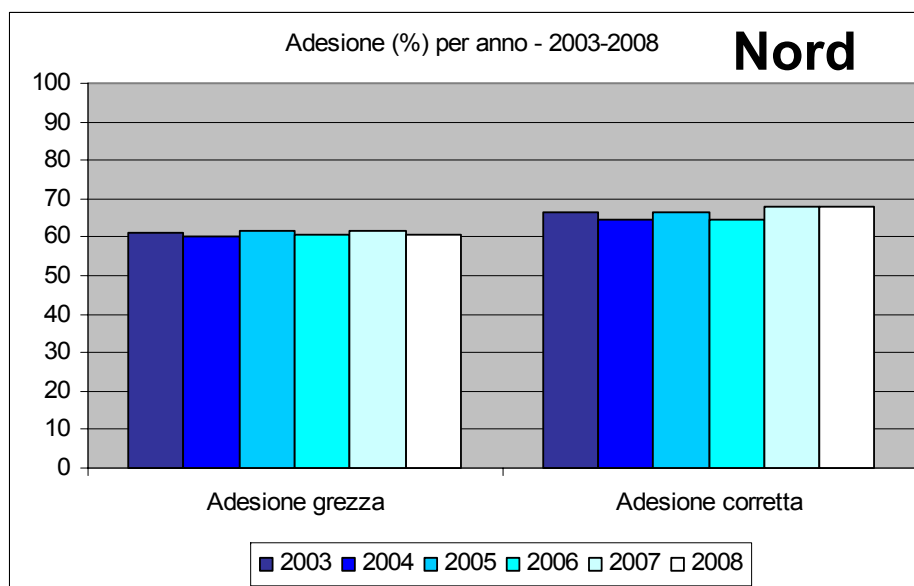
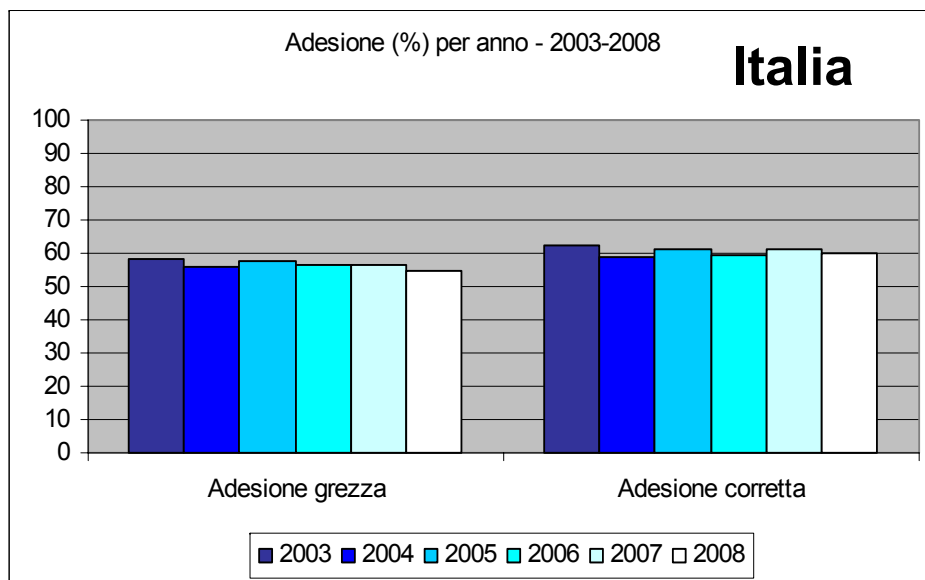
* Programmi iniziati (in parte o tutti) nel 2007-2008



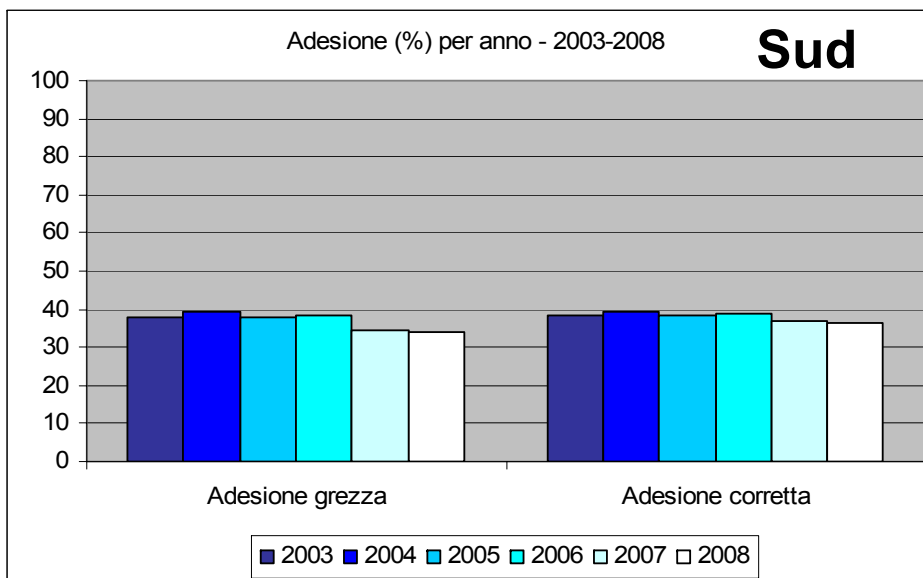
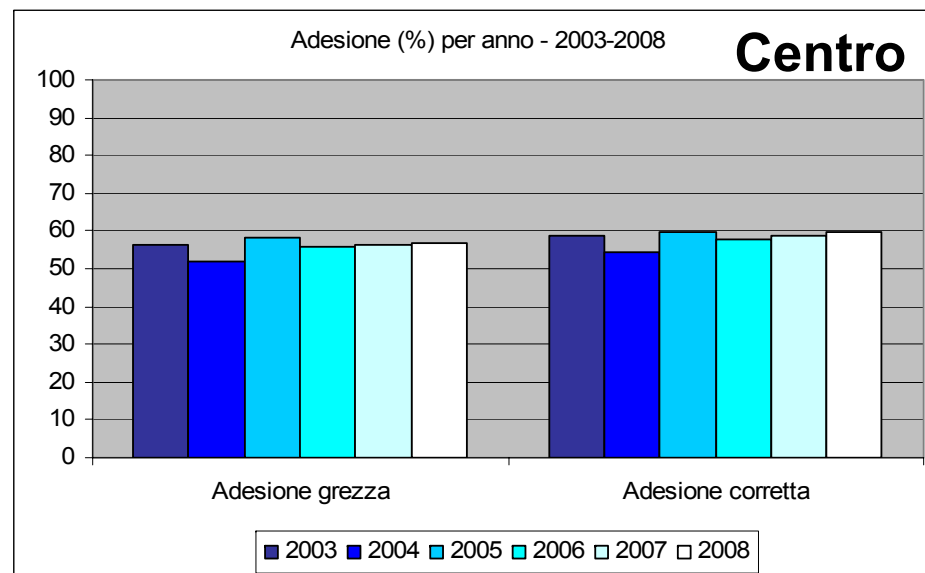
Adesione grezza 2008

25-49%	Yellow
50-69%	Green
70% e +	Red

Italia 54,9%



Adesione



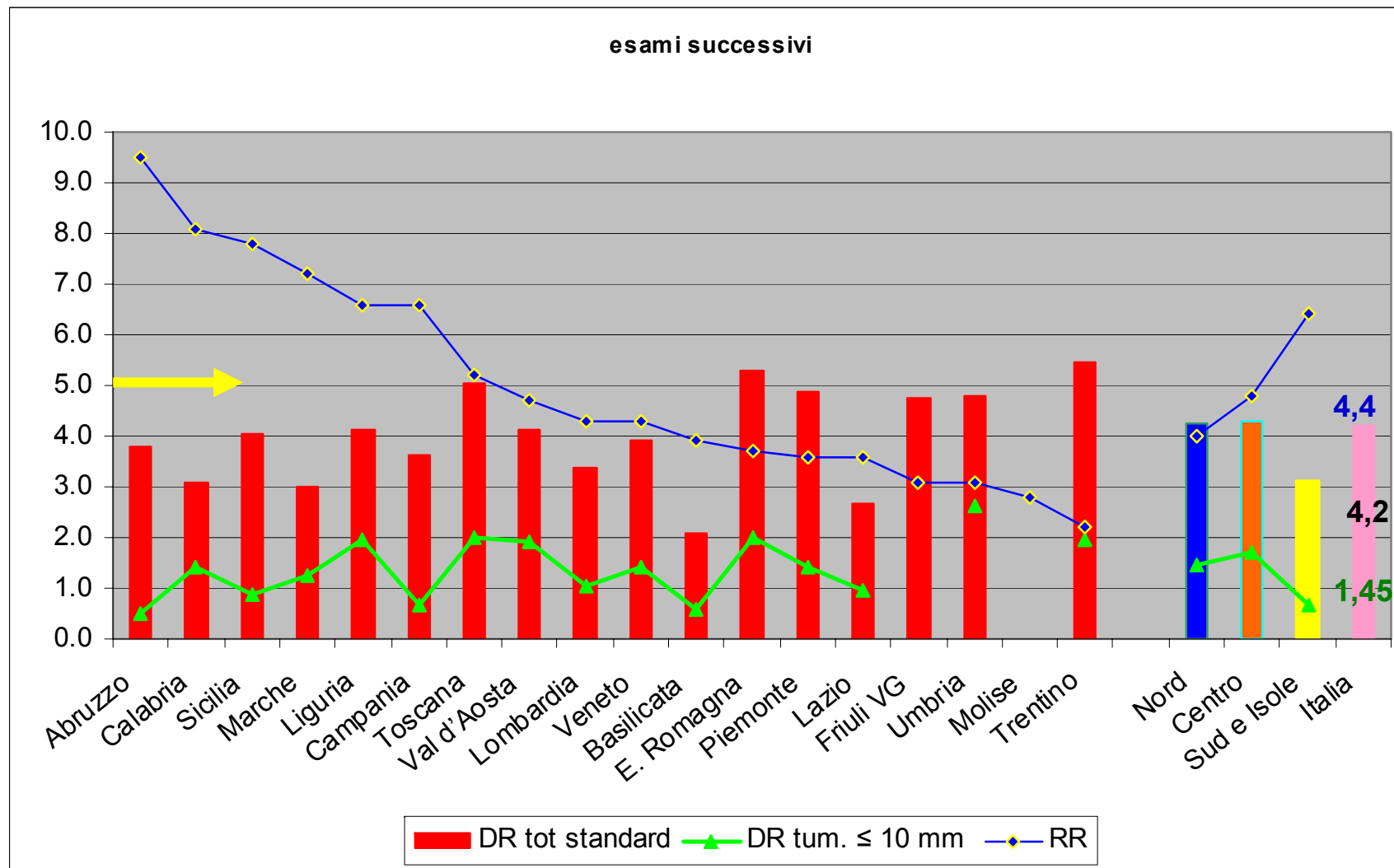
Totale donne esaminate **1.343.947**

Primi esami **330.135 (24,6%)**

Esami successivi **1.013.812 (75,4%)**

135 PROGRAMMI

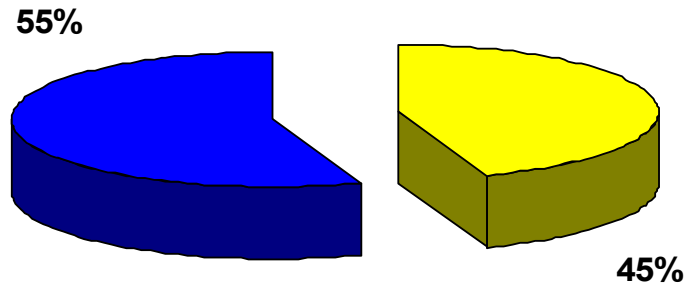
RR (%), DR totale stand. (x 1000), DR tumori ≤ 10 mm (x 1000) – Esami successivi - 2008



Intervallo data test - lettera negativa

Standard accettabile:

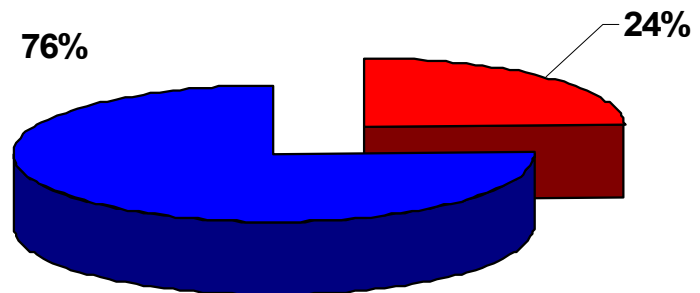
**90% delle risposte
negative entro 21 giorni**



45 programmi su 101

Standard desiderabile:

**90% delle risposte
negative entro 15 giorni**



22 programmi su 90

I sessione

**Survey GISMa SQTM: risultati,
aspetti organizzativi
e strategie per il
miglioramento della qualità**

Mario Taffurelli (Bologna): **Survey SQTM**

Numero di casi per regione

49	Valle d'Aosta
1161	Piemonte
176	Veneto
1107	Emilia Romagna
541	Toscana
325	Lazio
147	Sardegna

3506

Dati: SQTM Screening Italia 2008

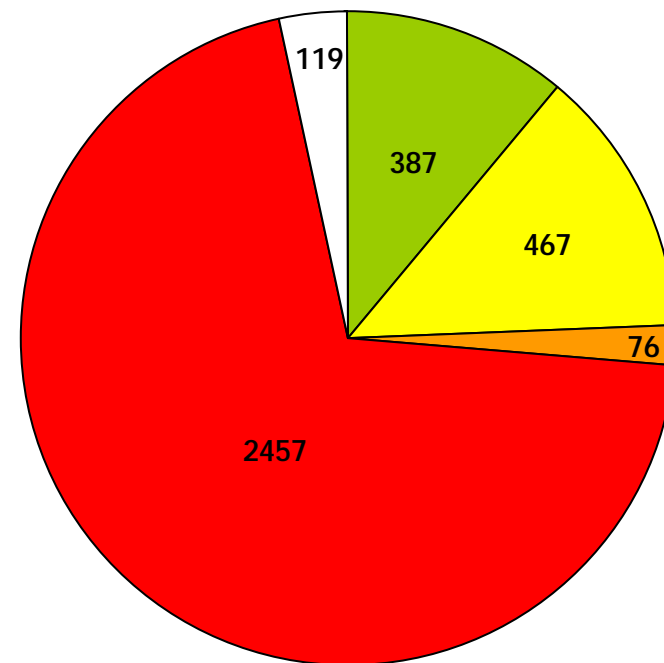


GISMa-ONS 2009

Diagnosi istopatologica definitiva

Dati: SQTM Screening Italia 2008

	N.	%
Benigno	387	11.0
In situ	467	13.3
Microinvasivo	76	2.2
Invasivo	2457	70.1
Ignoto	119	3.4
Totale	3506	100



■ Benigno

■ In situ

■ Microinv.

■ Invasivo

□ ?

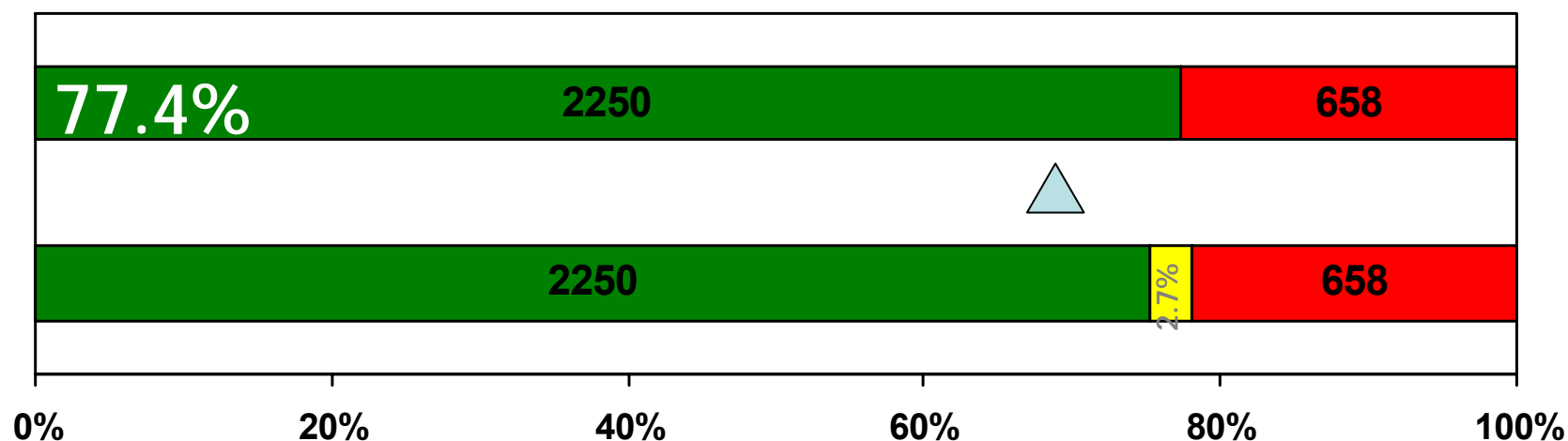
GISMa-ONS 2009

Diagnosi preoperatoria nei cancro (C5, B5)

Diagnosi preoperatoria nei cancro (C5, B5) (Acc $\geq 70\%$ Des $\geq 90\%$)

Calcola la proporzione di pazienti operate per cancro invasivo o in situ che avevano avuto una diagnosi pre-operatoria citologica o istologica positiva per cancro, sul totale di pazienti operate per cancro invasivo o in situ per le quali si dispone dell'informazione sul fatto che abbiano eseguito o non abbiano eseguito agoaspirato mammario oppure agobiopsia (tru-cut, core biopsy) prima dell'intervento.

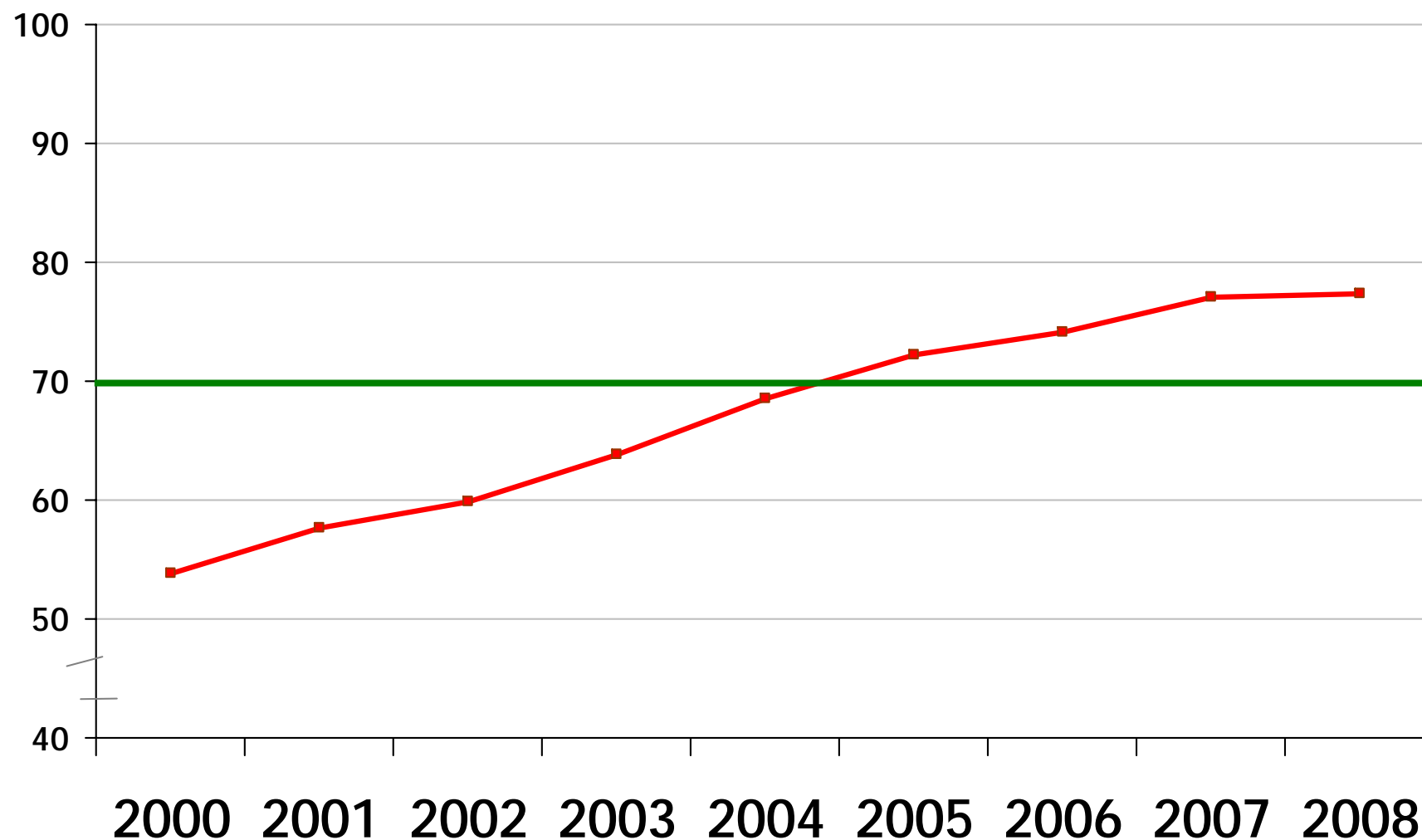
Dati: SQTM Screening Italia 2008



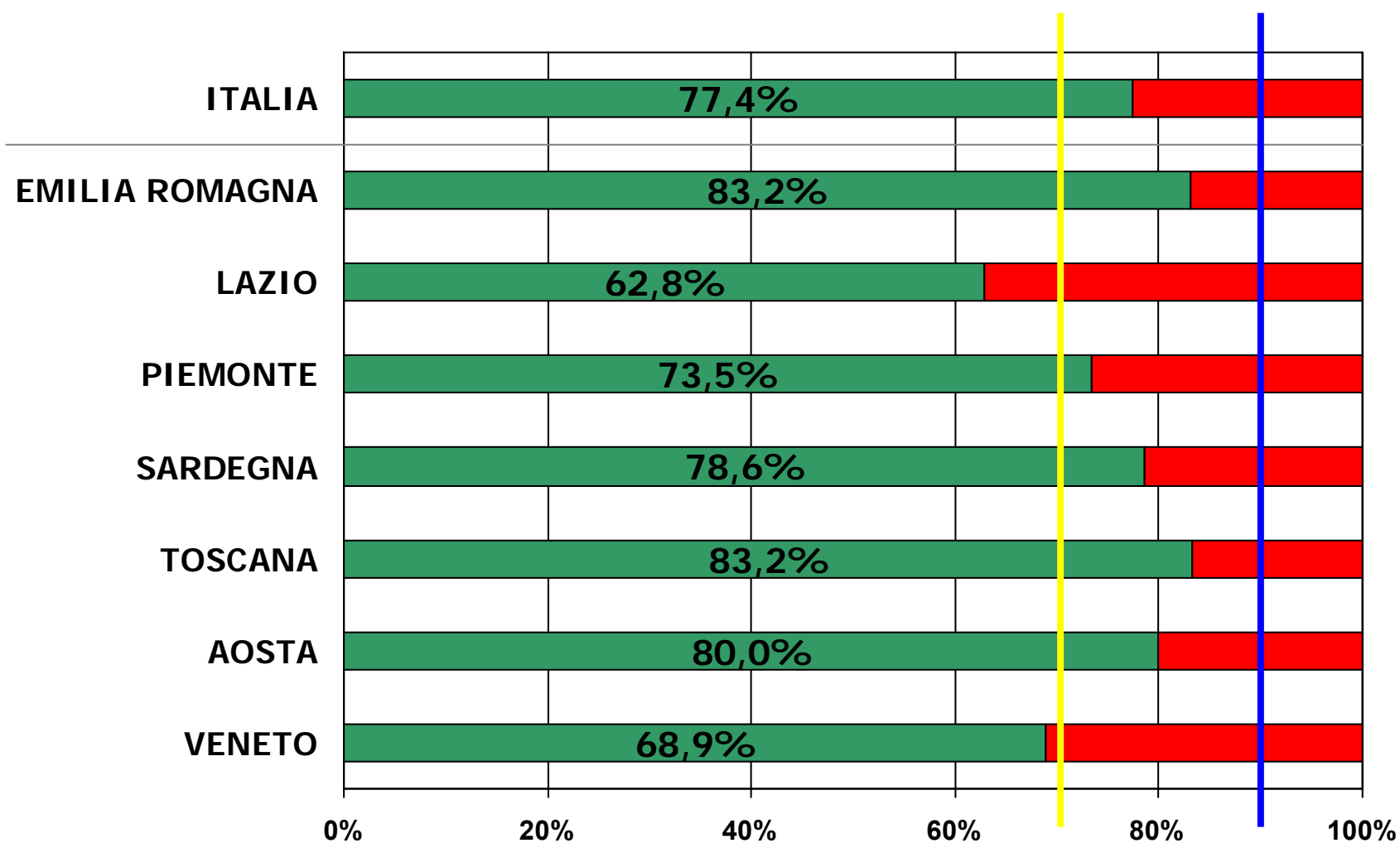
GISMa-ONS 2009

Diagnosi preoperatoria nei cancro (C5, B5)

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



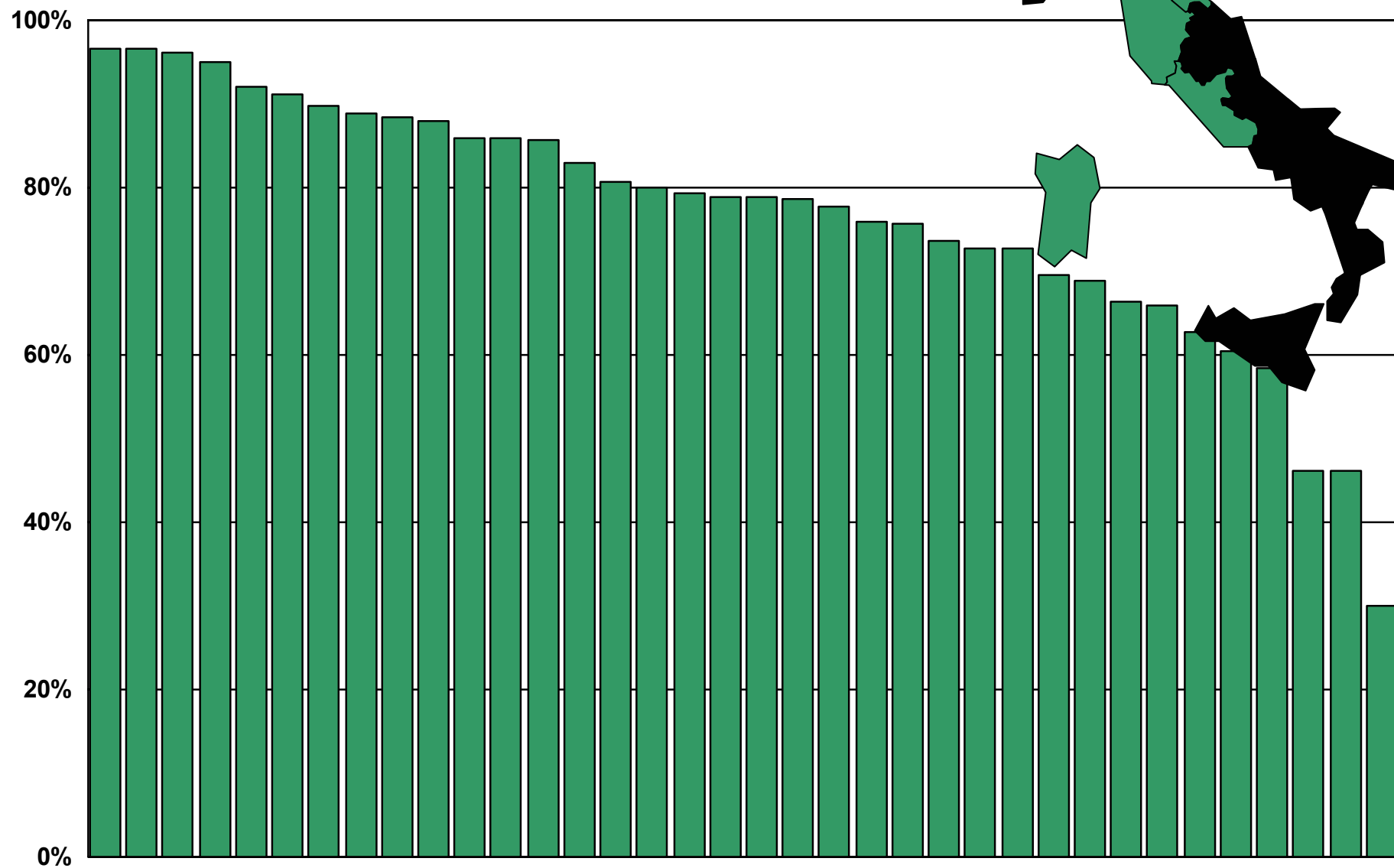
Indicatore - Diagnosi preoperatoria (C5/B5)



GISMa-ONS 2009

Diagnosi preoperatoria (B5/C5)

Range: 30,0% - 96,6%

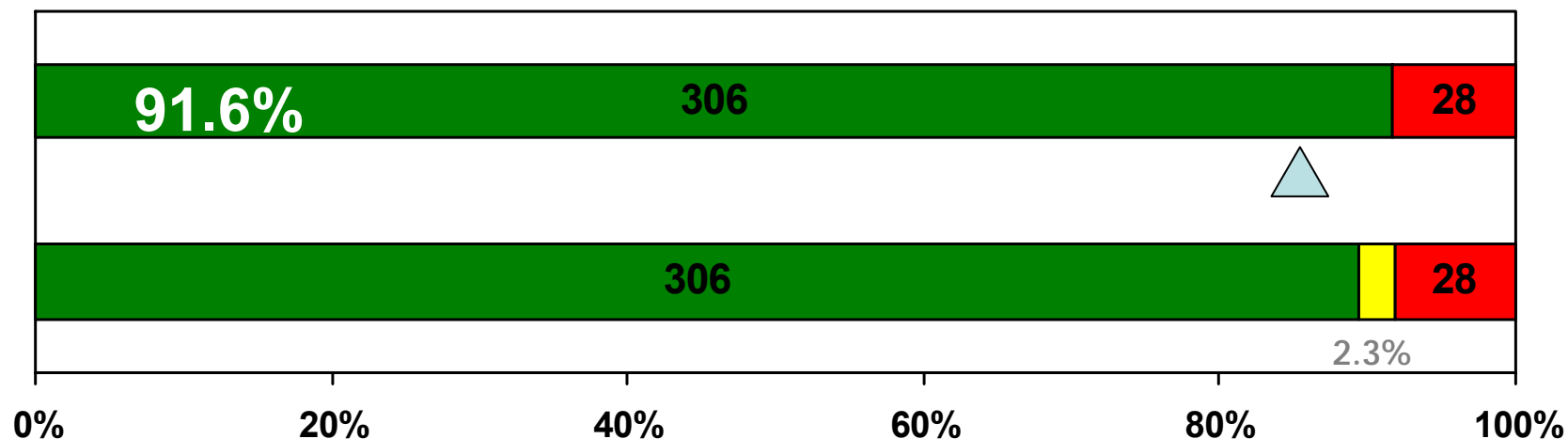


Chirurgia conservativa nei CDIS \leq 20mm

Chirurgia conservativa nei CDIS di dimensioni inferiori ai 20 mm ($\geq 85\%$)

Indica la proporzione di pazienti con diagnosi di carcinoma duttale in situ < ai 20mm sulle quali sia stato eseguito intervento conservativo sul totale delle pazienti operate con tale diagnosi.

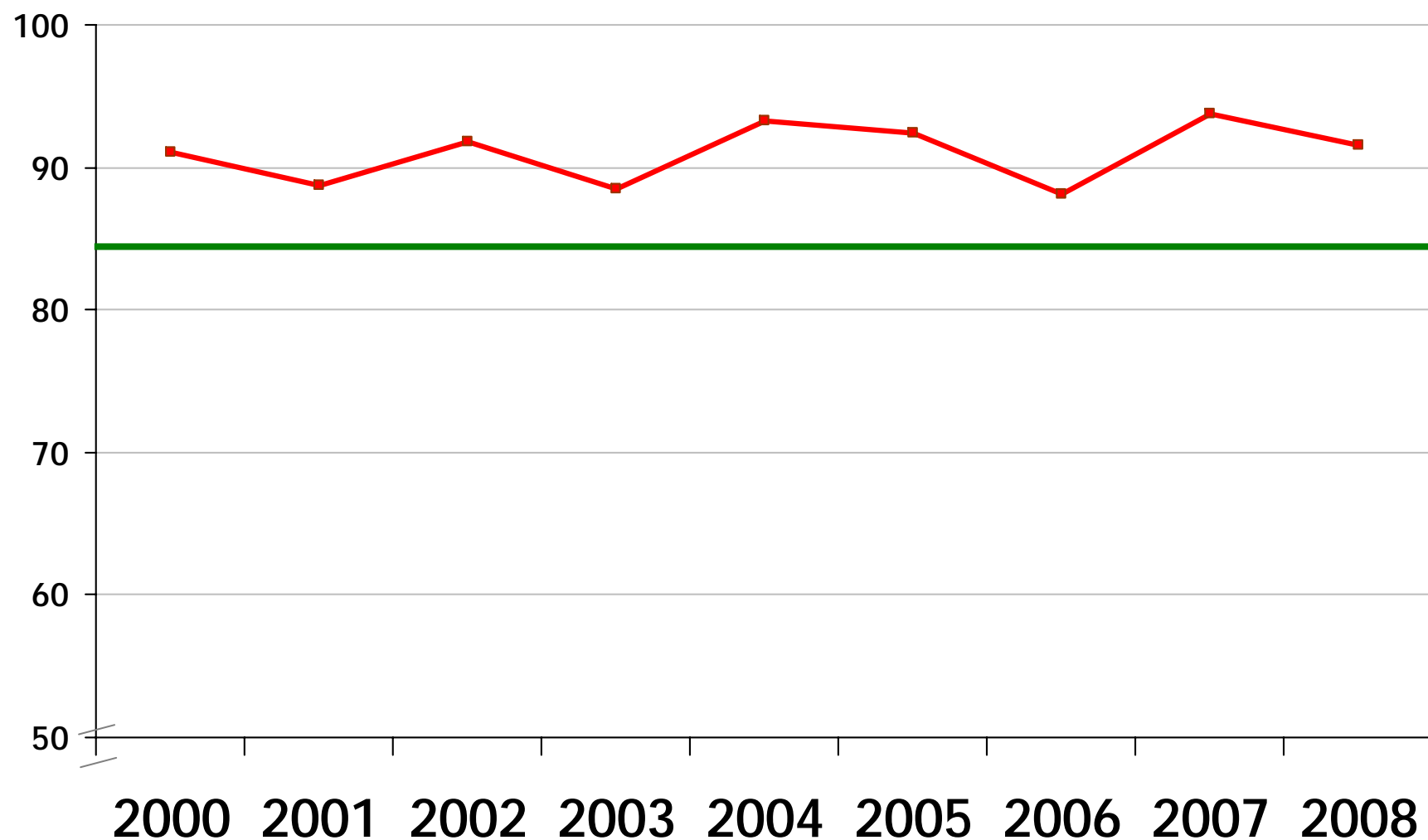
Dati: SQTM Screening Italia 2008



GISMa-ONS 2009

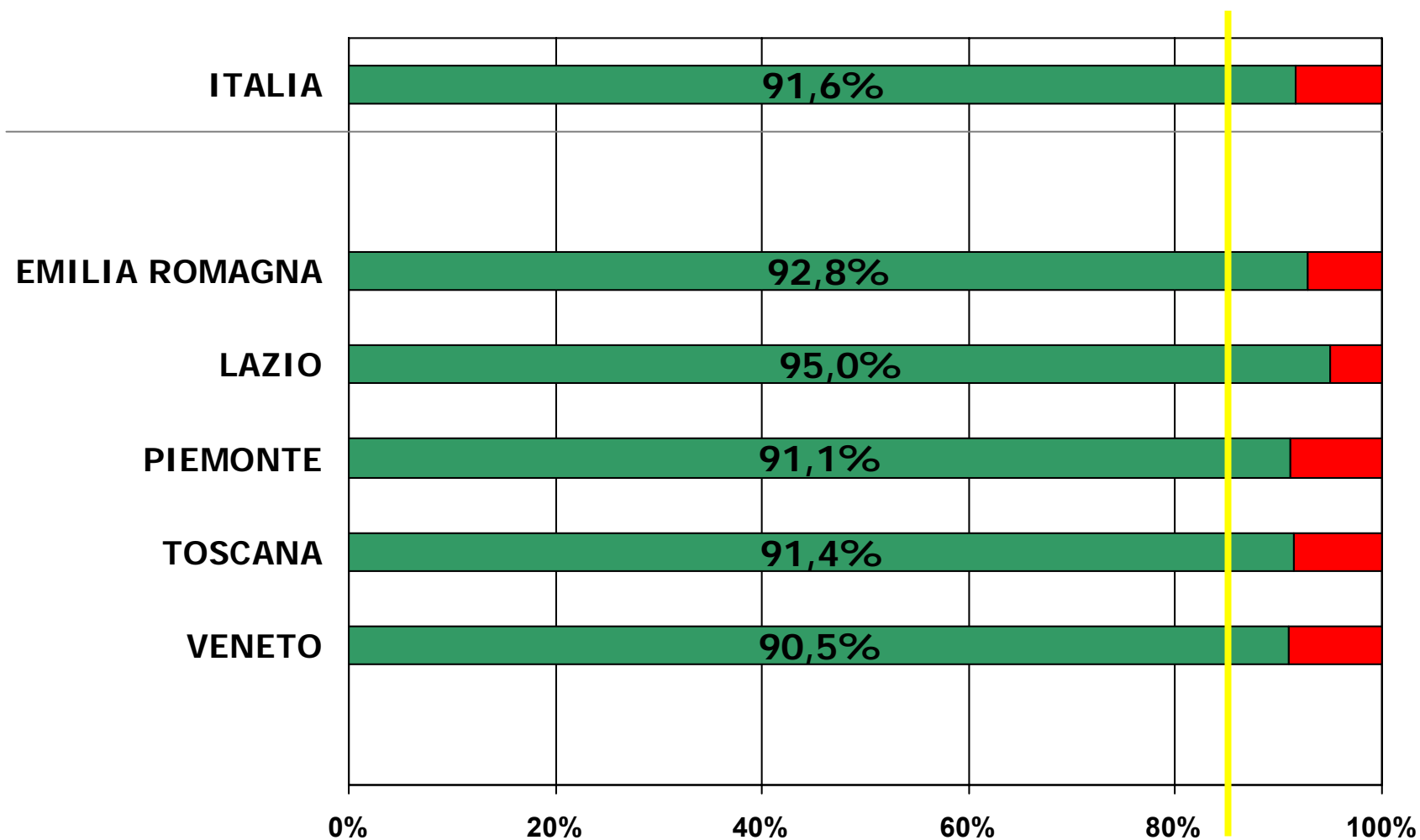
Chirurgia conservativa nei CDIS < 20mm

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



GISMa-ONS 2009

Indicatore – Chirurgia conservativa nei CDIS < 20mm



Chirurgia conservativa nei CDIS \leq di 20mm

Obiettivo raggiunto,ma

In un 10% circa di pazienti : mastectomia

Preferenza della paziente?????? (comunicazione!)

Avvento delle tecniche skin sparing (nipple o solo skin)

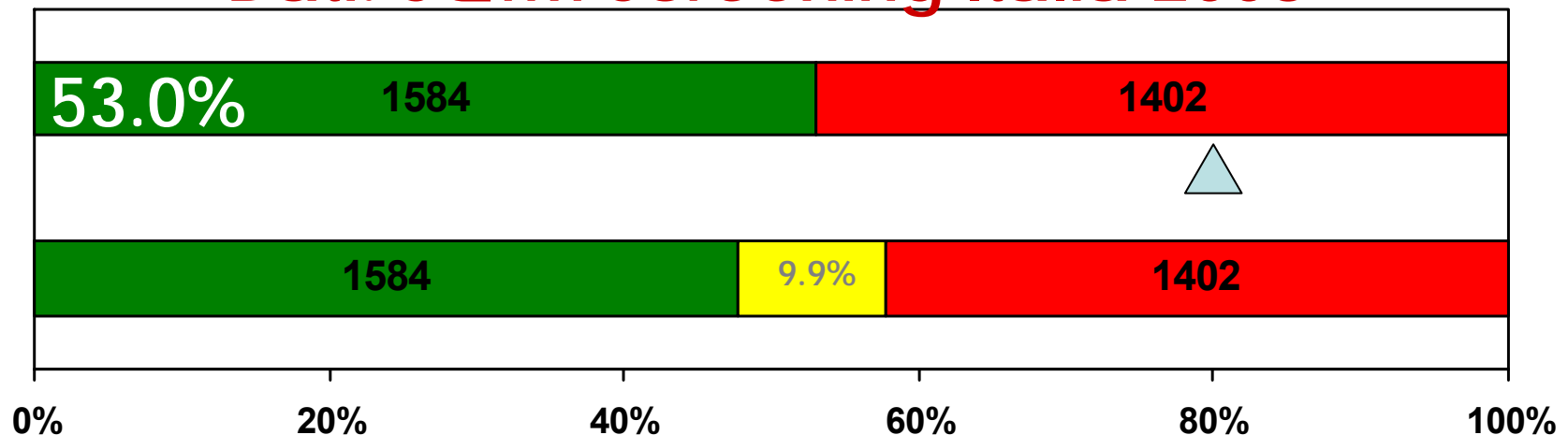
Ricorrere a queste tecniche è sempre giustificato???

Tempi d'attesa

Intervento entro 30 gg. dalla prescrizione $\geq 80\%$

Calcola la proporzione di pazienti operate la prima volta per lesioni mammarie sospette (qualsiasi diagnosi, solo pazienti per le quali la prima terapia è la chirurgia) entro 30 giorni dall'indicazione chirurgica, sul totale delle pazienti operate per lesione mammaria sospetta.

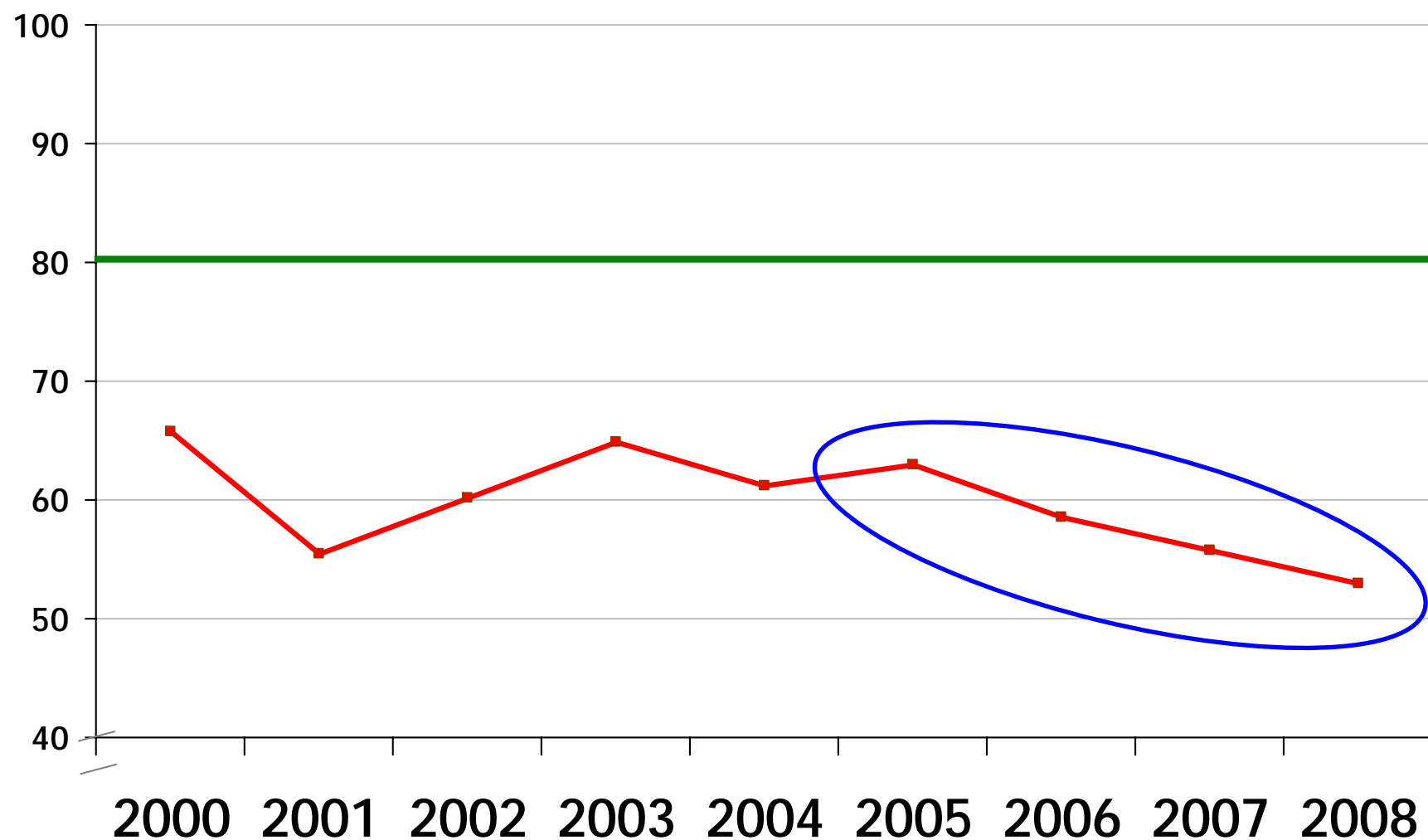
Dati: SQTM Screening Italia 2008



GISMa-ONS 2009

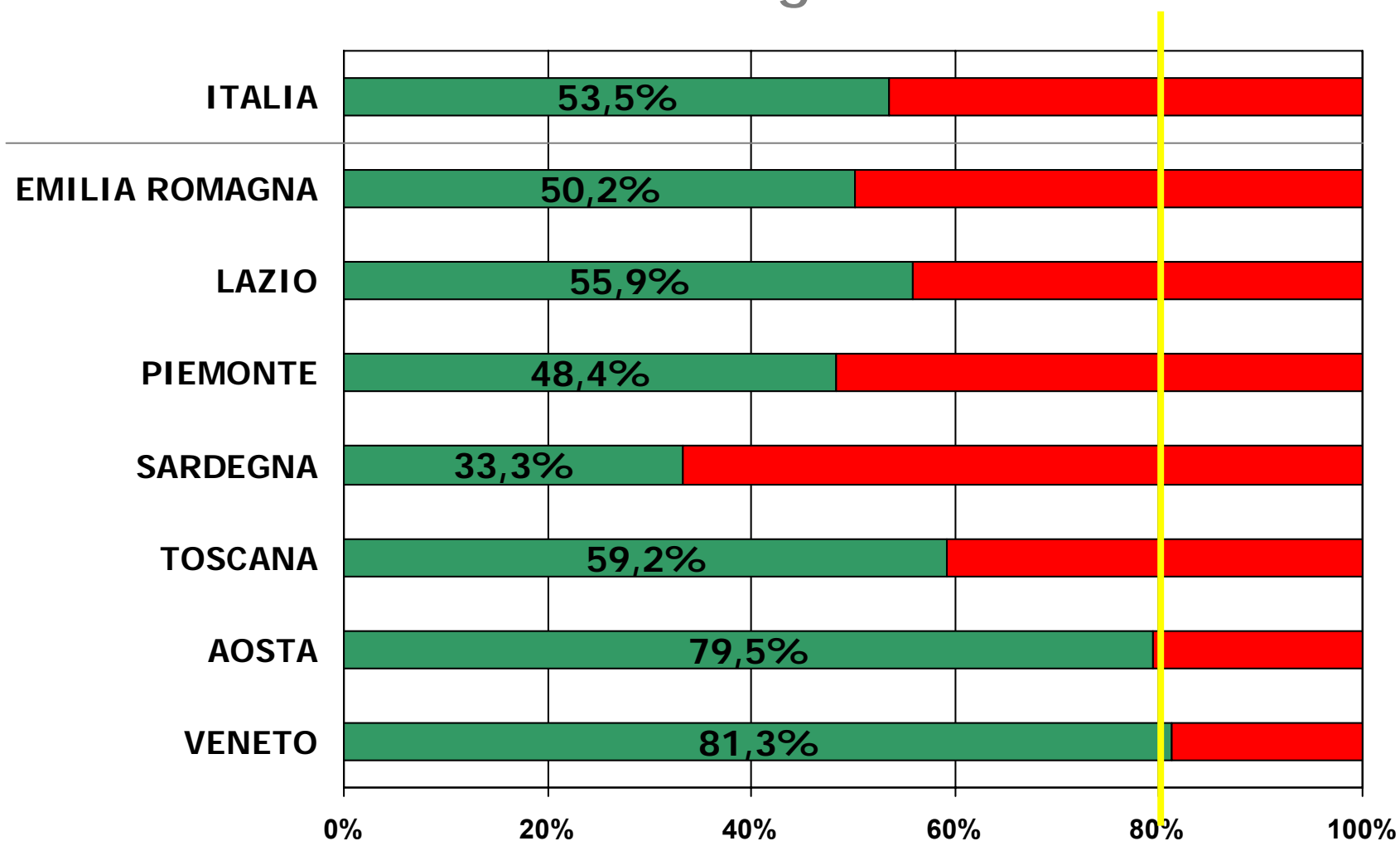
Intervento entro 30 gg. dalla prescrizione

Dati: SQTM Screening Italia 2000-2008



GISMa-ONS 2009

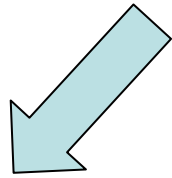
Indicatore – Intervento entro 30 gg dalla prescrizione chirurgica



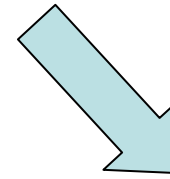
Questo indicatore incide su:

- Ansia paziente
- Ricorso a centri non dedicati, con bassi volumi operatori, con ripercussioni negative su qualità del trattamento e sulla prognosi
- Credibilità/efficienza di tutto il percorso screening

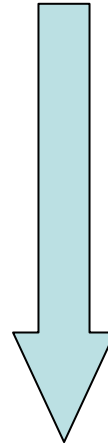
Liste d'attesa



Spazi operatori
(ore di sala operatoria)



Letti degenza



Organizzazione della degenza

II sessione

Il follow up dei casi screen-detected

Moderatore: M.Mano

Interventi: M. Donadio, A. Paduos

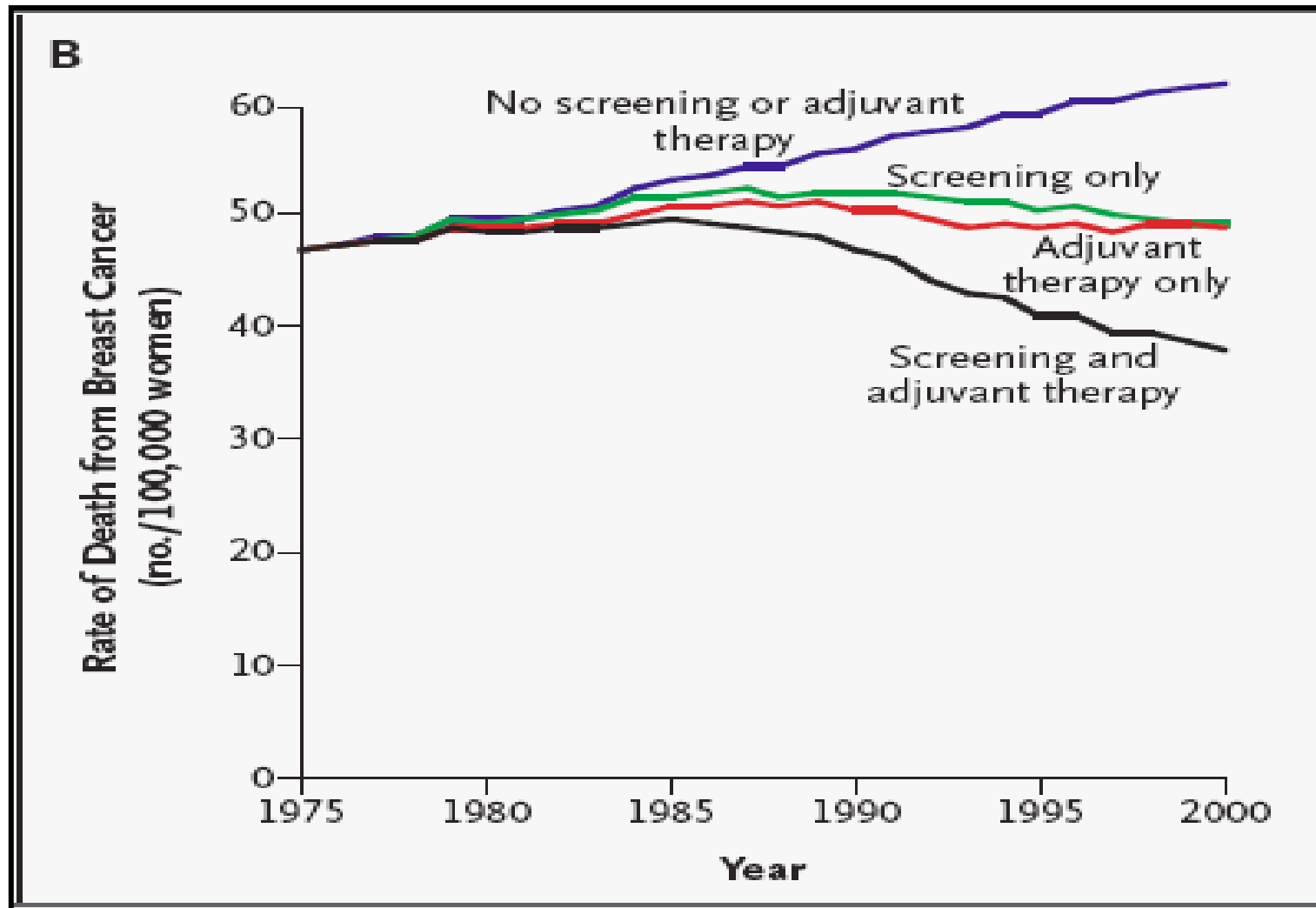
Commenti: Lauro Bucchi

II sessione

Il follow up dei casi screen-detected

Michela Donadio (Torino) **Inquadramento teorico**

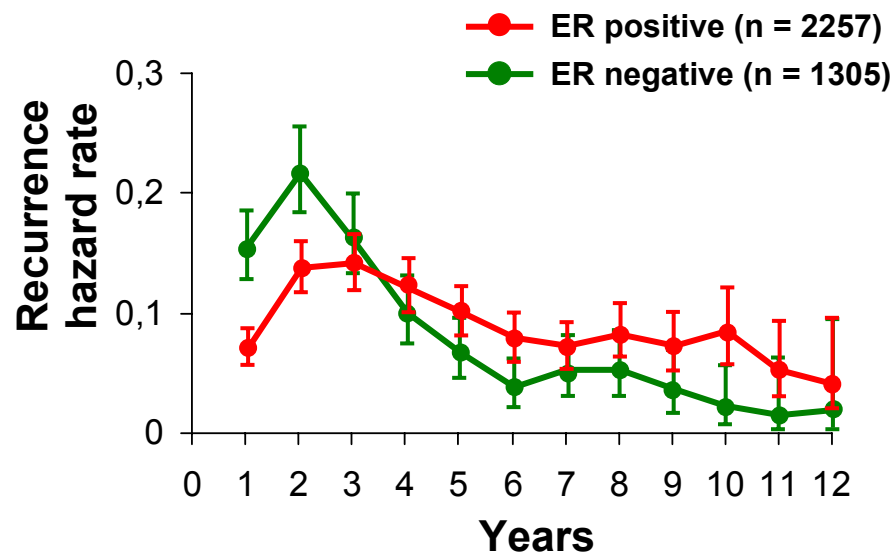
Mortalità per carcinoma mammario



Rischio di ricaduta maggiore nei primi 2-3 anni

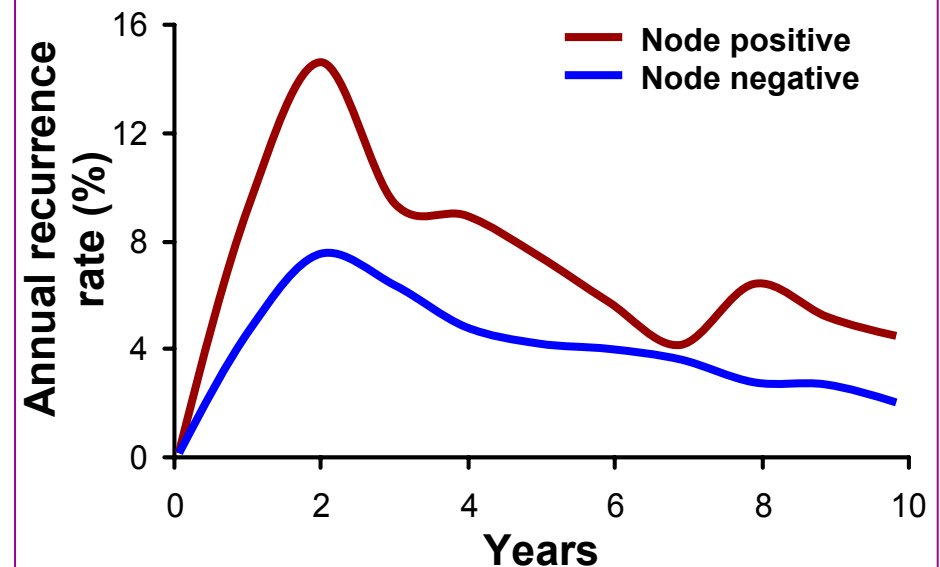
Annual Hazard of Recurrence by Estrogen Receptor Status

Patients received chemotherapy, endocrine therapy or both (10 ECOG trials)¹



Risk for Recurrence by Nodal Status

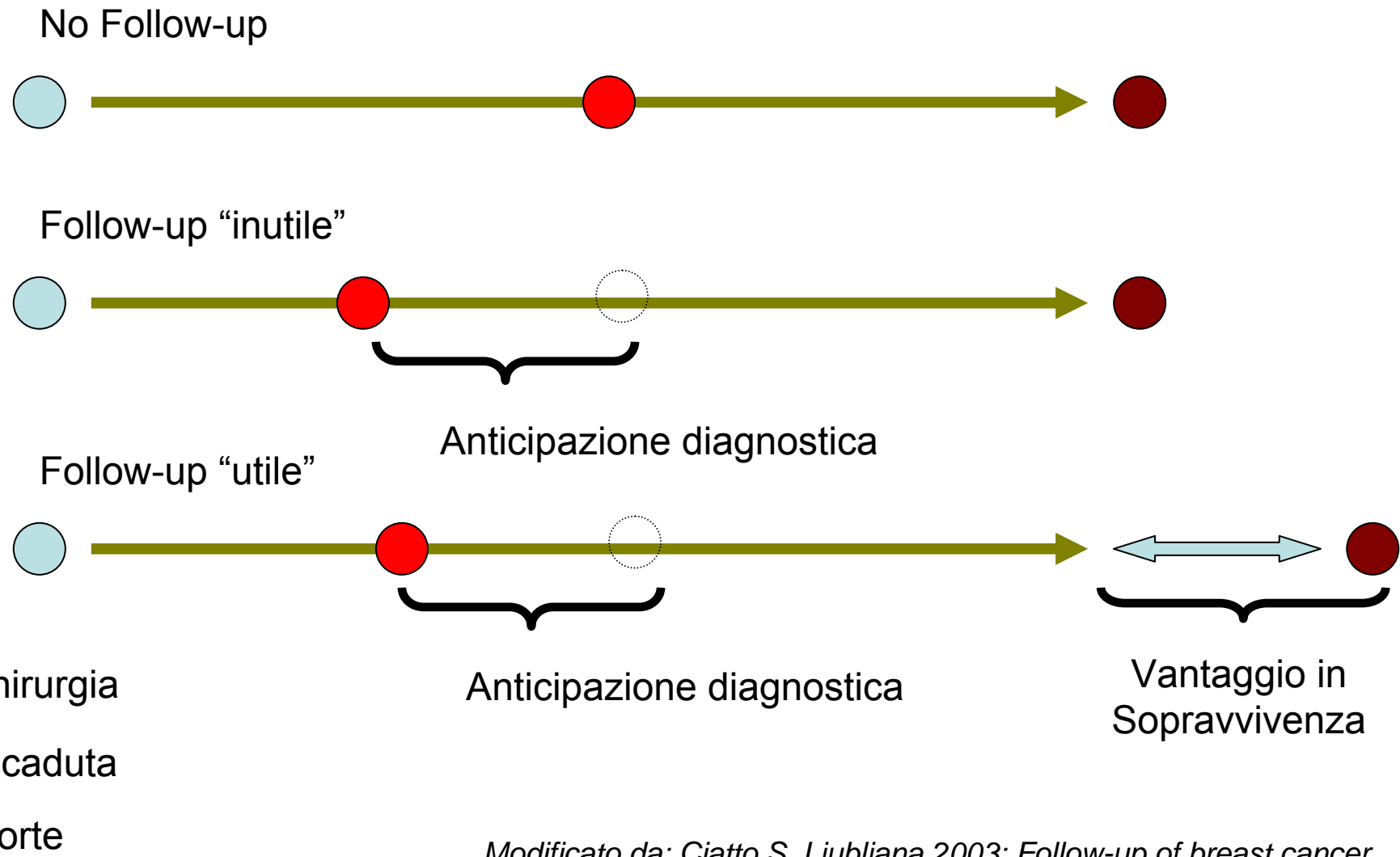
Untreated patients in EBCTCG 1998 meta-analysis^{2,3}



ECOG = Eastern Cooperative Oncology Group.

1. Saphner T, et al. *J Clin Oncol.* 1996;14(10):2738-2746.
2. Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group. *Lancet.* 1998;351(9114):1451-1467.
3. Update of Houghton. *J Clin Oncol.* 2005; 23(16S):24s. Abstract 582.

“Lead time bias”



Modificato da: Ciatto S, Ljubljana 2003: Follow-up of breast cancer

Modalità di follow-up

- **Minimo:**

- ☐ Visite regolari
- ☐ Mammografia annuale

- **Intensivo:**

- ☐ Visite regolari e mammografie
- ☐ Ematochimici e funzionalità epatica
- ☐ Markers tumorali
- ☐ RX Torace 2 P
- ☐ SOTB
- ☐ Ecografia epatica

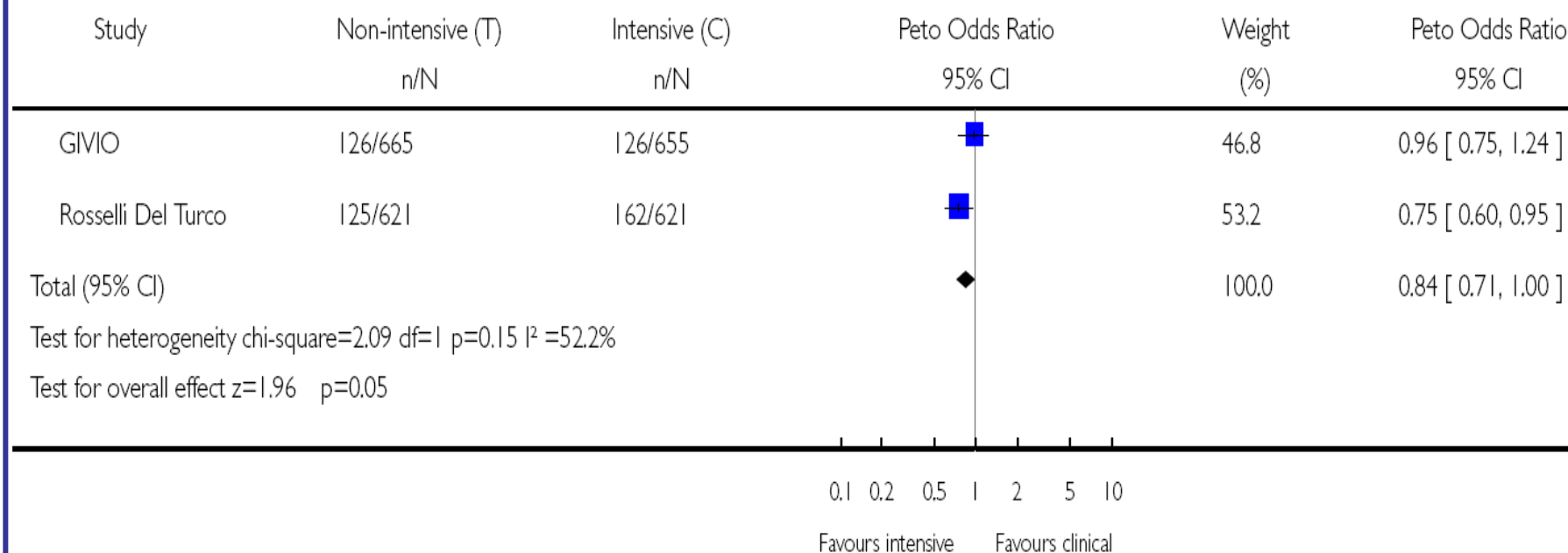
Combined Disease-Free Survival in the Cochrane Metanalysis

Analysis 01.06. Comparison 01 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 06 Disease free survival

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 01 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 06 Disease free survival



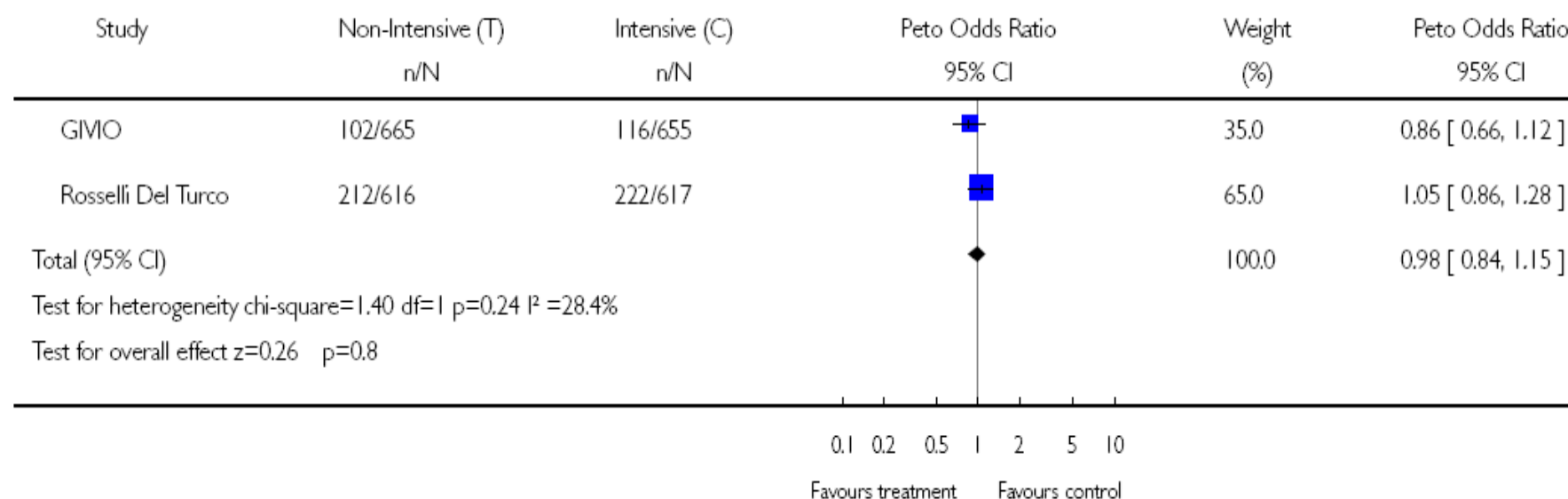
Combined Survival in the Cochrane Metanalysis

Analysis 01.01. Comparison 01 Clinical follow-up vs intensive follow-up, Outcome 01 Overall Mortality

Review: Follow-up strategies for women treated for early breast cancer

Comparison: 01 Clinical follow-up vs intensive follow-up

Outcome: 01 Overall Mortality



Combined Analysis

Ulteriori informazioni

- **Non differenze in OS nei sottogruppi basate su:**
 - Età
 - Diametro Tumorale (T)
 - Stato linfonodale
- **HRQL (GIVIO)**
 - Non differenze secondo la modalità di follow-up

Argomenti contro un follow-up intensivo

- ☐ **Non cost-effective**
- ☐ Pazienti sottoposte a procedure stressanti non necessarie
- ☐ **Risultati Falsi positivi causano allarme**
- ☐ La diagnosi precoce aumenta solo marginalmente rispetto ad un follow-up clinico
- ☐ **Non esita in un prolungamento della OS**

Impatto dei controlli mammografici regolari sulla sopravvivenza

Table 2. Conditional Odds Ratios Within Strata of Matched Factors Associating an Additional Surveillance Mammogram With Breast Cancer Mortality

Stratification Variable	Odds Ratio (per surveillance mammogram)*	95% CI
Collapsed over all strata	0.69	0.52 to 0.92
Age at diagnosis, years		
65-69	0.78	0.43 to 1.4
70-79	0.78	0.53 to 1.2
80 or older	0.43	0.22 to 0.84
Tumor stage at diagnosis		
I	0.55	0.33 to 0.90
IIA	0.82	0.53 to 1.3
IIB	0.68	0.37 to 1.3
Baseline Charlson comorbidity index		
0	0.67	0.46 to 0.97
1	0.72	0.46 to 1.1
Primary surgery type		
Breast-conserving surgery	0.84	0.54 to 1.3
Mastectomy	0.60	0.41 to 0.88

Impatto dei controlli mammografici regolari sulla sopravvivenza

- ❑ Studio osservazionale su 1846 donne anziane di età ≥ 65 anni con carcinoma mammario stadio I e II, ha confrontato sorveglianza mammografica regolare rispetto a non regolare
- ❑ **I controlli mammografici regolari riducono il tasso di mortalità da carcinoma mammario nelle donne più anziane con malattia stadio precoce**
- ❑ Le donne a più basso rischio di ricaduta locale (stadio I), quelle sottoposte a mastectomia e quelle di età ≥ 80 anni beneficiano di più dai controlli mammografici regolari

ASCO Guidelines (Last Update 2006)

**Anamnesi
visita clinica**

Ogni 3 - 6 mo per i primi 3 aa
Ogni 6 - 12 mo per il 4-5 aa
Poi annualmente

**Educazione del
paziente circa
riconoscimento dei
sintomi di ricaduta**

**nuovi nodi mammari
dolore osseo
toracico, addominale,
dispnea
cefalea persistente**



ASCO Guidelines (Last Update 2006)



Autopalpazione

Educazione all'autopalpazione mensile

Mammografia

Prima mammografia 1 aa dopo l'esame iniziale ma non prima di 6 mo dal termine della RT;

Esami successivi come da follow-up o se problemi

Esame pelvico

Visite ginecologiche regolari per tutte le donne

In corso di TAM la paziente deve riferire qualsiasi sanguinamento vaginale

ASCO Guidelines (Last Update 2006)

Esami di sorveglianza non raccomandati

Ematici di Routine	Ematochimici con funzionalità epatica NON RACCOMANDATI
Imaging radiologico	RX Torace 2P, SOTB, ECO epatica, TC, PET e RMN mammella NON RACCOMANDATI
Markers tumorali	CEA Ca 15.3 NON RACCOMANDATI

AIOM 2009

Ematici di Routine	Ematochimici con funzionalità epatica NON RACCOMANDATI
Imaging radiologico	RX Torace 2P, SOTB, ECO epatica, TC, PET e RMN mammella NON RACCOMANDATI
Markers tumorali	CEA Ca 15.3 NON RACCOMANDATI

- **visita ginecologica annuale: CONSIGLIATA**
in pazienti in terapia ormonale con Tamoxifene,
asintomatiche
- **DEXA basale: CONSIGLIATA**
in pazienti in terapia ormonale con inibitori
aromatasi in postmenopausa

- Riscontro precoce di ricadute locoregionali o controlaterali
- Riabilitazione fisica e psicosociale
- Monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti
- **Monitoraggio degli eventi avversi da terapia**
- Riscontro di metastasi a distanza
- Counseling su modificazioni dello stile di vita
 - Esercizio fisico Regolare
 - Alimentazione

Scopo del Follow-up

Monitoraggio delle tossicità a lungo termine dei trattamenti più recentemente introdotti nella pratica clinica

○ **Inibitori dell'aromatasi**

- ☐ Osteoporosi
- ☐ Fratture Osteoporotiche
- ☐ Alterazioni profilo lipidico

○ **Trastuzumab**

- ☐ Cardiotossicità

○ **Taxani**

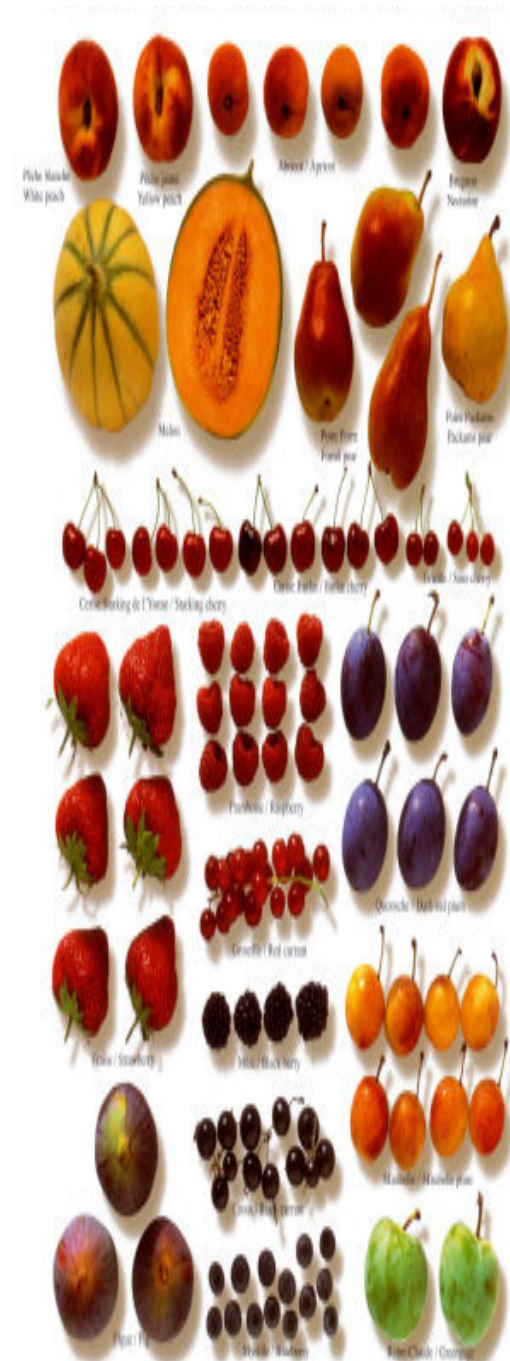
- ☐ Neurotossicità periferica

- Risccontro precoce di ricadute locoregionali o controlaterali
- Riabilitazione fisica e psicosociale
- Monitoraggio dell'efficacia dei trattamenti
- Monitoraggio degli eventi avversi da terapia
- Risccontro di metastasi a distanza
- **Counseling su modificazioni dello stile di vita**
 - **Esercizio fisico Regolare**
 - **Alimentazione**

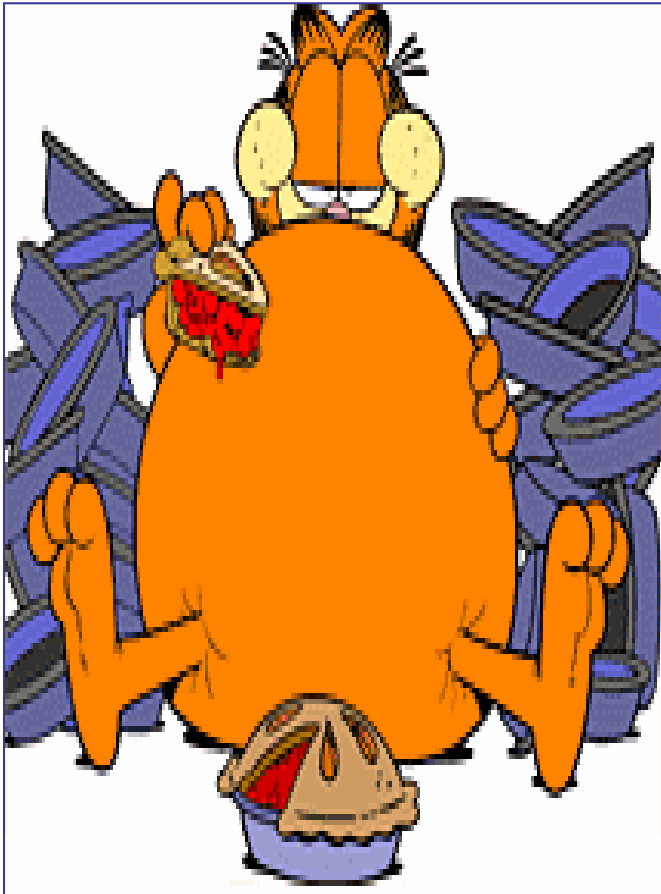


Ruolo della dieta nella prevenzione del ca mammario

- Ridurre l'apporto calorico e il consumo di alimenti con alto indice glicemico, come farine raffinate, patate, riso bianco, fiocchi di mais, zucchero;
- Ridurre l'utilizzo di grassi saturi, privilegiando grassi vegetali non raffinati, come l'olio extravergine d'oliva e i semi oleaginosi;
- Ridurre l'apporto di proteine, soprattutto quelle di origine animale, a eccezione del pesce e sostituirle con proteine vegetali (soia)
- Privilegiare alimenti dal potere saziante, come cereali integrali, legumi e verdura



Effetti dell'attività fisica



- Migliora l'utilizzazione metabolica dei nutrienti (in particolare è utile nei soggetti che hanno un \uparrow glicemia, insulinemia, colesterolemia, trigliceridemia)
- Riduce il rischio di mortalità
- Migliora le prestazioni cardio-respiratorie
- **Riduce il rischio di osteoporosi (preserva la massa ossea)**
- Promuove l'autopercezione fisica, il livello di benessere psicologico, l'autostima, favorendo la riduzione dell'ansia e dello stress



In conclusione ...
al 05/05/2010

Sorveglianza Minima

STRATEGIA di follow-up
RACCOMANDATO

Il sessione

Il follow up dei casi screen-detected

Adriana Paduos (Biella) **Dai dati disponibili**

**Ho applicato
le linee guida...**

**Io preferisco
io mio metodo...**

**Quando
si metteranno
d'accordo?**



**Tradizionalmente il Follow-up è appannaggio
del centro oncologico di riferimento.
Spesso presenza di assurdi “doppioni” o
“triploni” per cui la paziente che ha subito
un intervento chirurgico poi radioterapia,
poi chemioterapia viene chiamata a visite
di controllo in tutti e tre gli ambulatori
con evidente spreco di tempo e risorse.**



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

...condivisione ...

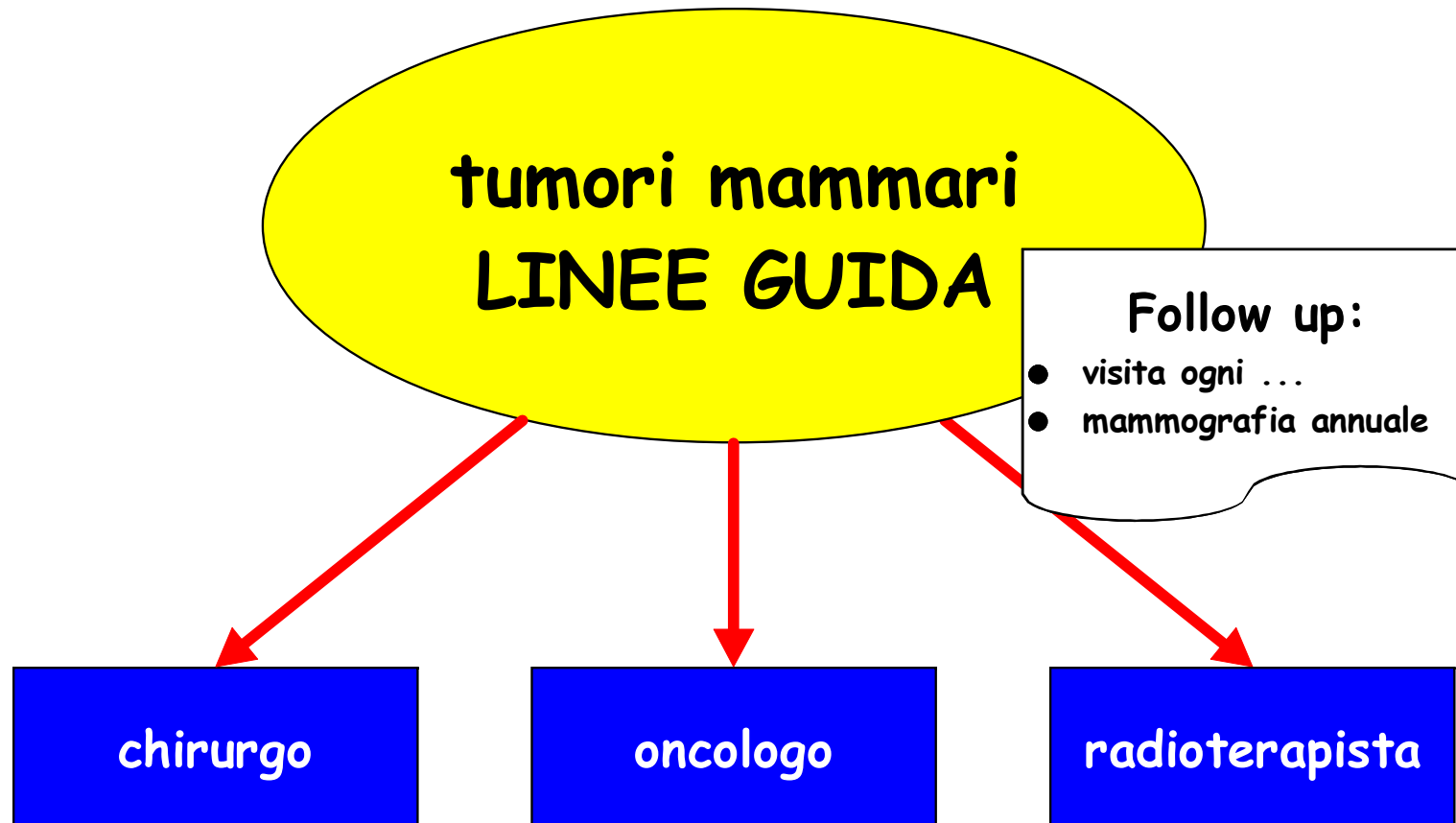
fra chi??



A.S.L. BI

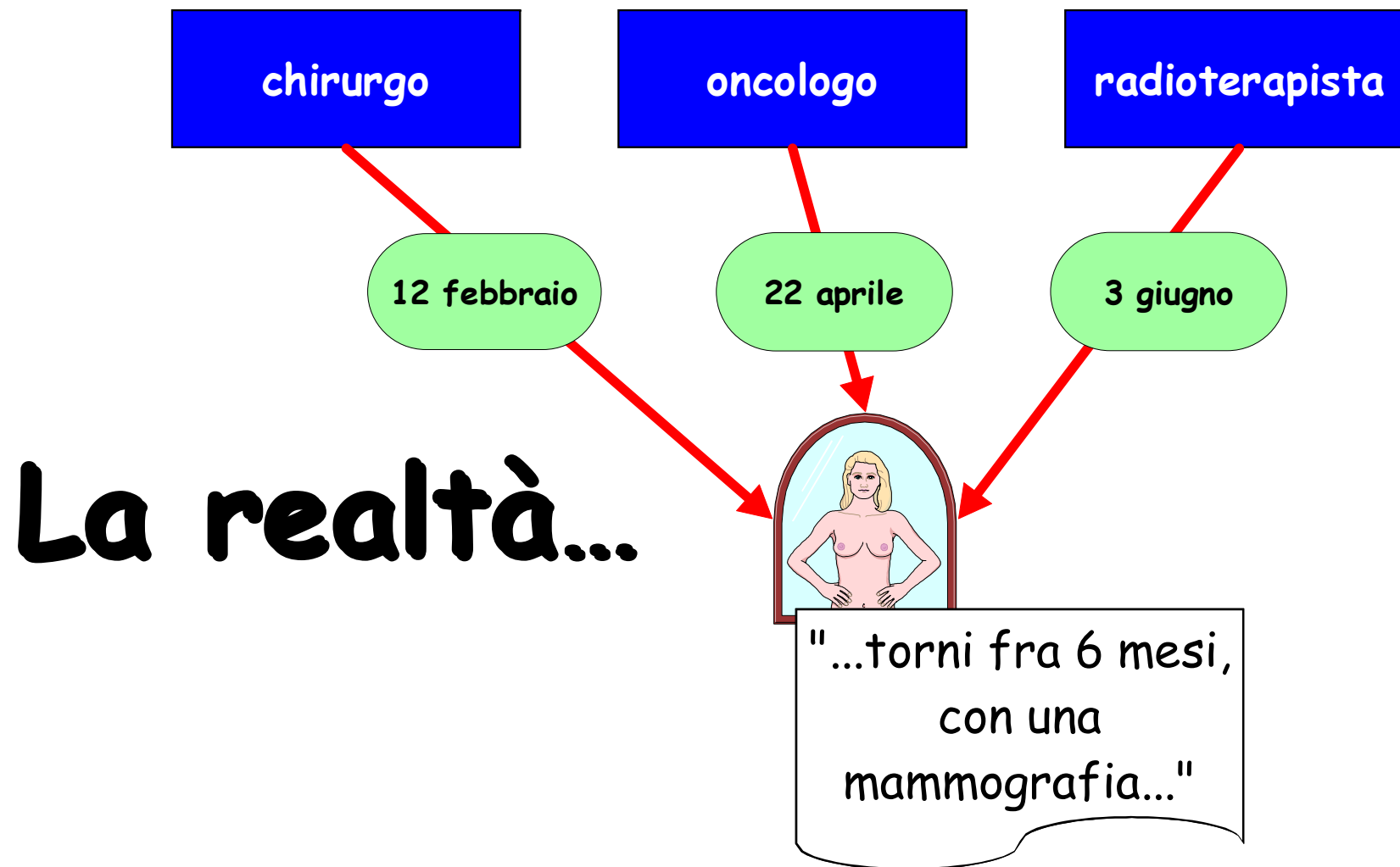
*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

La tradizione...



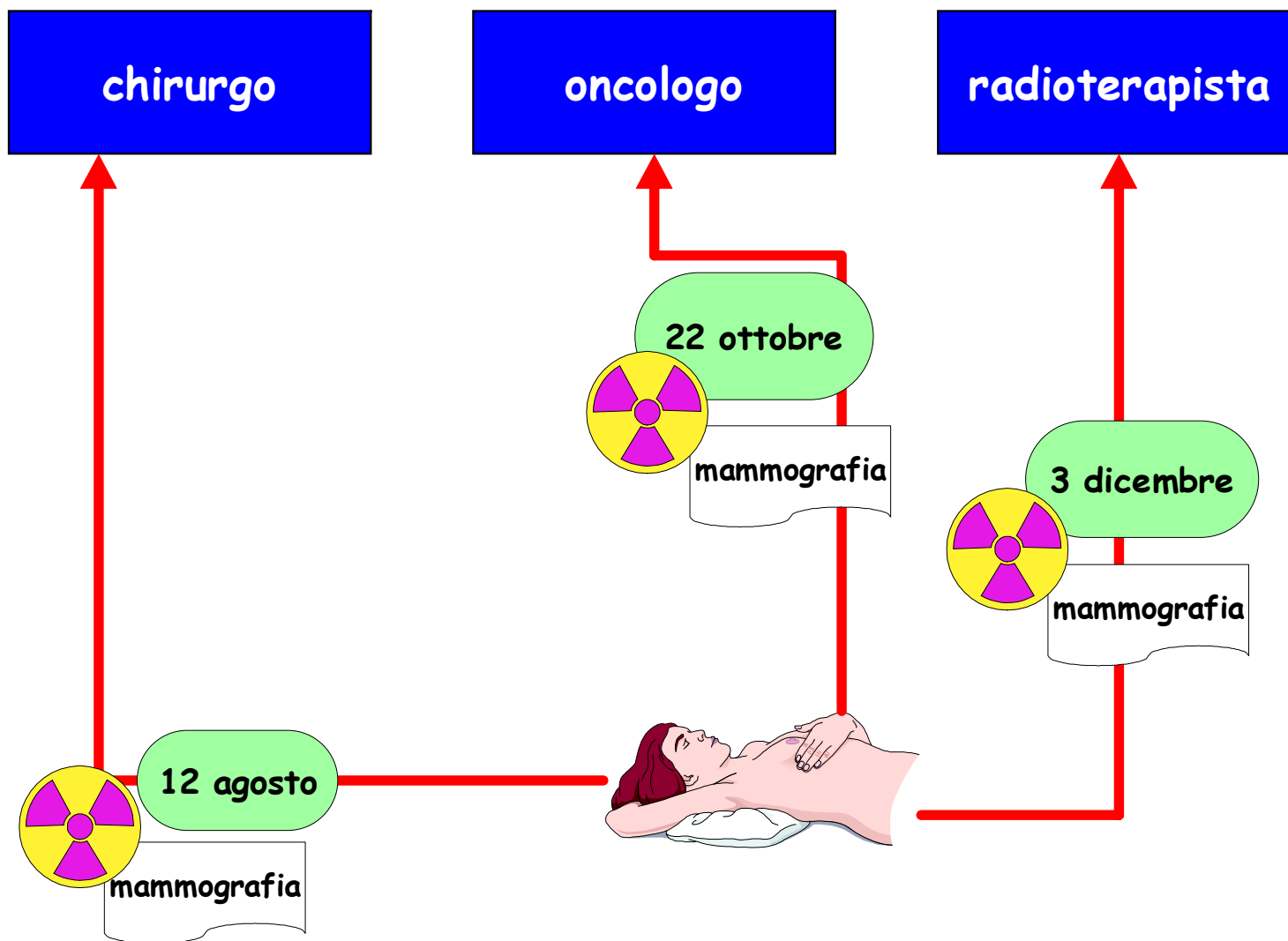
A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

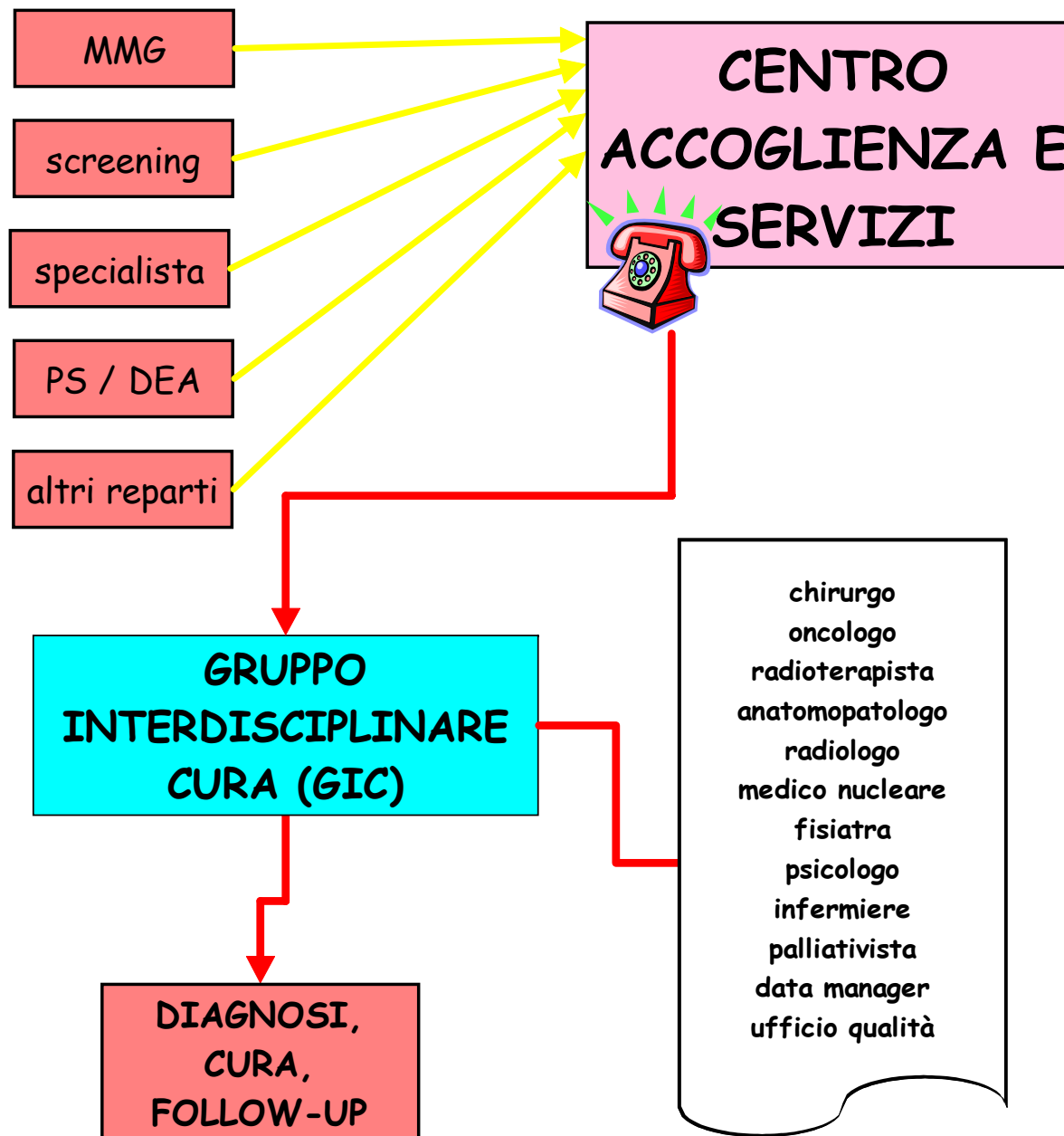


A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

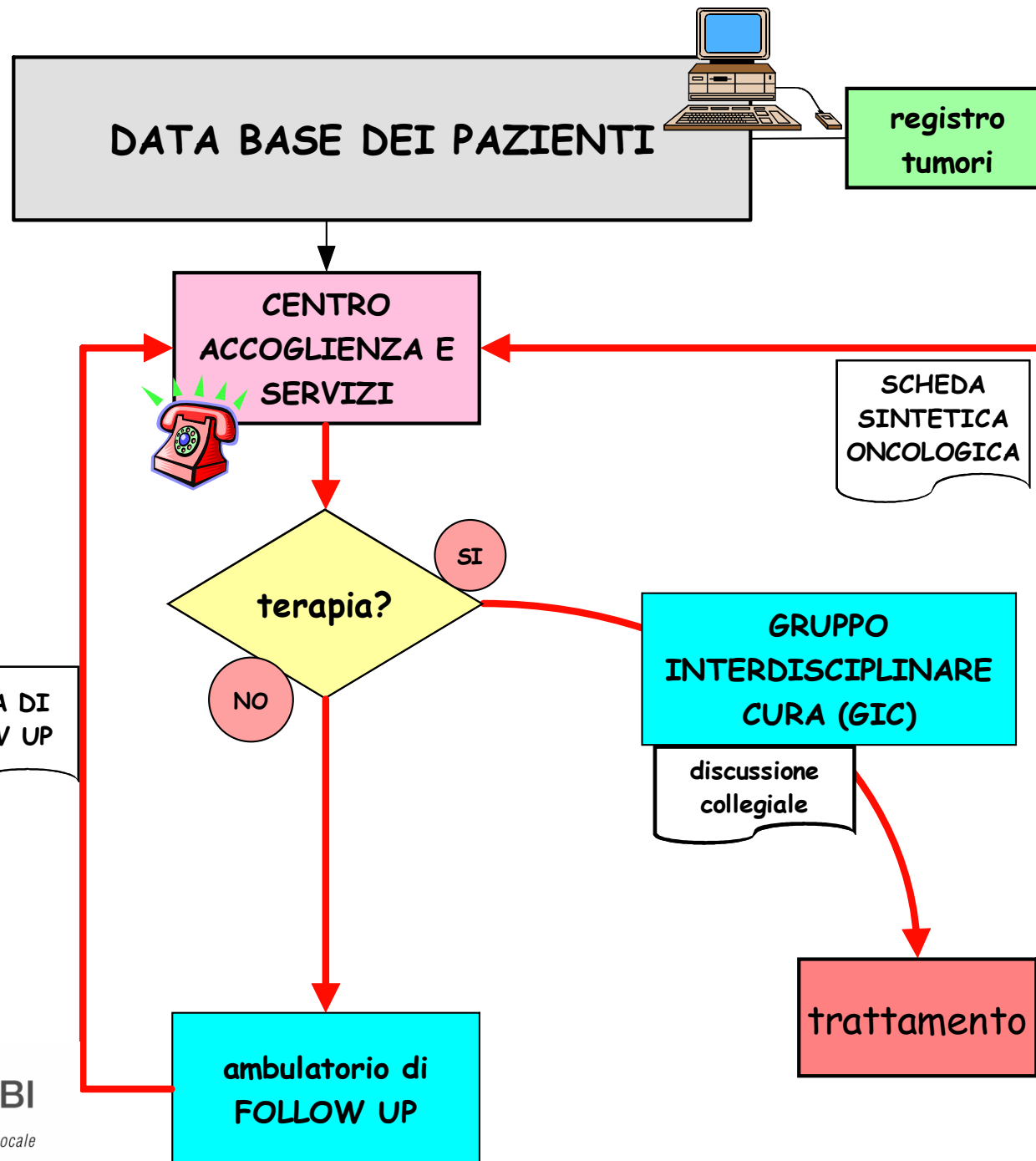


Il modello organizzativo...



A.S.L. BI

Azienda Sanitaria Locale
di Biella



Condivisione e delega...

Premesse al progetto e condizioni



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

REGOLE:

1. Ogni specialista mantiene l'organizzazione della propria attività, dedicando parte dei suoi ambulatori al follow-up dei tumori mammari.



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

REGOLE:

2. Il CAS custodisce la documentazione clinica (schede) delle pazienti e prenota le visite



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

Regole:

**3. Il comportamento è condiviso
(discussione in GIC)**

III sessione

Sovradiagnosi e sovratrattamento

Moderatore: A. Frigerio

Interventi: E. Paci, D. Puliti, D.
Terribile

Commenti: S. Bianchi, N. Segnan

III sessione

Sovradiagnosi e sovratrattamento

Inquadramento teorico e sintesi del workshop

GISMa-ONS su sovradiagnosi e sovratrattamento: **Eugenio Paci**

Dai dati disponibili: **Donella Puliti**

DEFINIZIONE

- **La proporzione di casi di cancro confermati istologicamente e diagnosticati a seguito di un episodio di screening che non sarebbero giunti all'attenzione clinica se non fosse stato eseguito.**

Sovradiagnosi e tumore della mammella

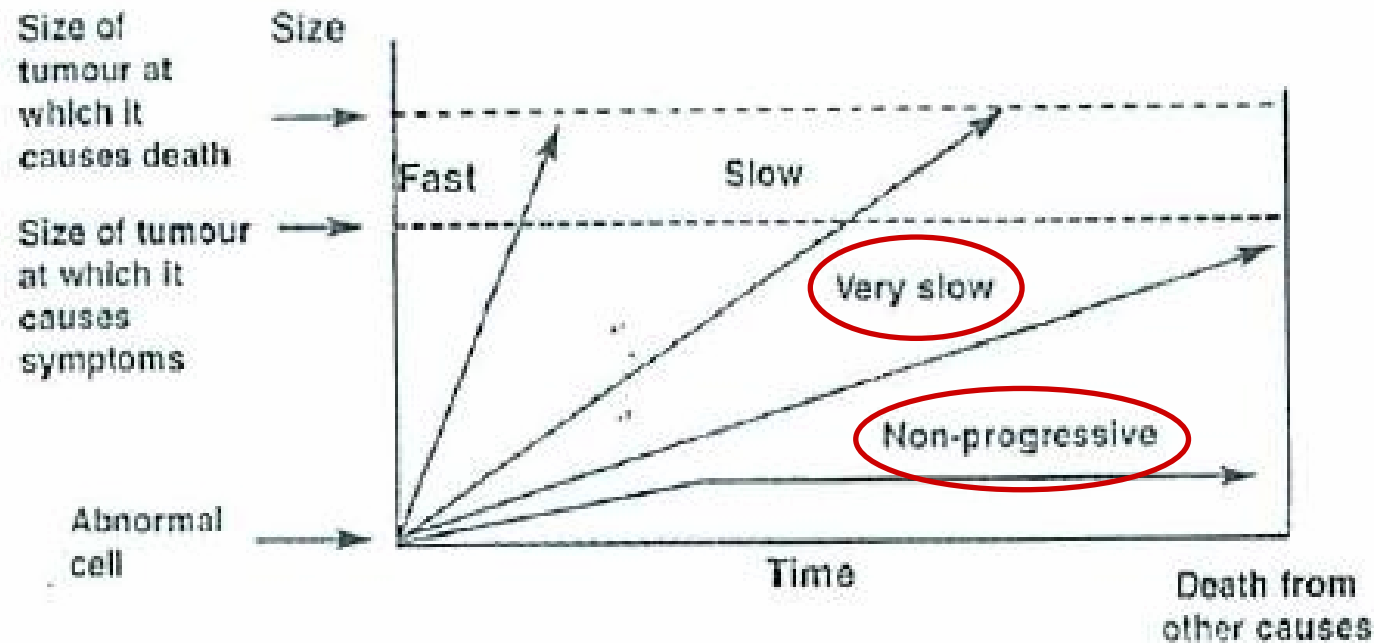
“

E' una combinazione di cause (e può essere considerata da diverse prospettive)

- 1) La storia naturale della malattia (basso o nessun potenziale di progressione a malattia sintomatica
- 2) la storia epidemiologica , funzione della durata di vita della donna o di rischi competitivi di morte per altre cause)

Paci and Duffy, Breast Cancer Research, 2005

Growth rates of cancers (IARC, 2002)



The diagnosis of these cancers (very slow and non-progressive), that Morrison (1975) have called "pseudodisease", is overdiagnosis.

La sovradiagnosi e la clinica

- La sovradiagnosi è un concetto epidemiologico, ma rimanda a marcatori di lesioni a bassa potenziale di progressione
- Radiologia: differenza dai falsi positivi
- Patologo: la questione delle lesioni borderline , come differenziare le lesioni aggressive
- Trattamento chirurgico e oncologico: dove si annida il sovratrattamento

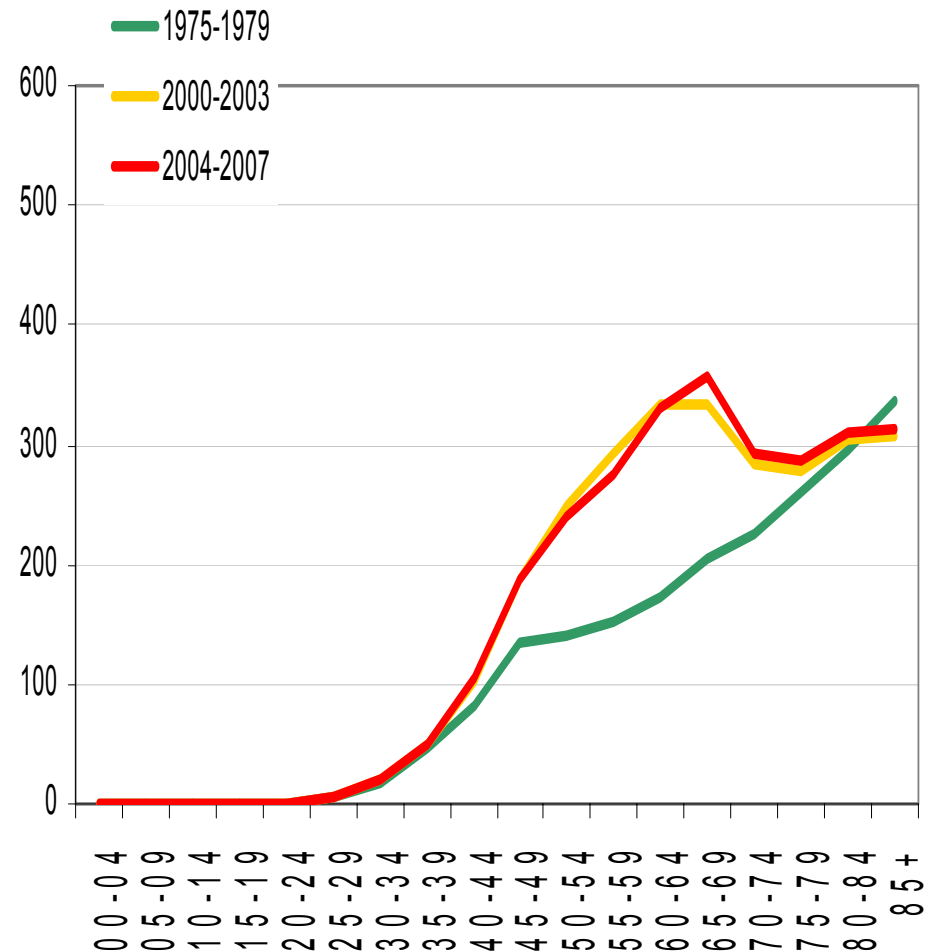
Il tempo

1. Lo screening funziona perchè anticipa la diagnosi , quindi un eccesso di incidenza dopo l'inizio di un programma di screening è non solo atteso , ma anche voluto (Lead time)
2. Solo i casi identificati allo screening possono avere un beneficio. Occorrono molti anni per garantire la copertura della popolazione, e essa è funzione della sensibilità (casi di intervallo) e della partecipazione (non rispondenti)

FIGURE 1B. Breast cancer. Incidence rates by age and period

NORDCAN-Nordic countries (EU)

- Con l'avvio del programma di screening (50-69 anni) si verifica un aumento dei casi di malattia.
- Questo eccesso di incidenza continua se lo screening continua
- Se lo screening si interrompe (69 anni) la probabilità di ammalare nel corso di una vita per una donna dovrebbe essere uguale a quella in assenza di screening.
- La diagnosi che persiste nel tempo, diagnosi futile , è la sovradiagnosi



Rate of over-diagnosis of breast cancer 15 years after end of Malmö mammographic screening trial: follow-up study

Sophia Zackrisson, Ingvar Andersson, Lars Janzon, Jonas Manjer, Jens Peter Garne

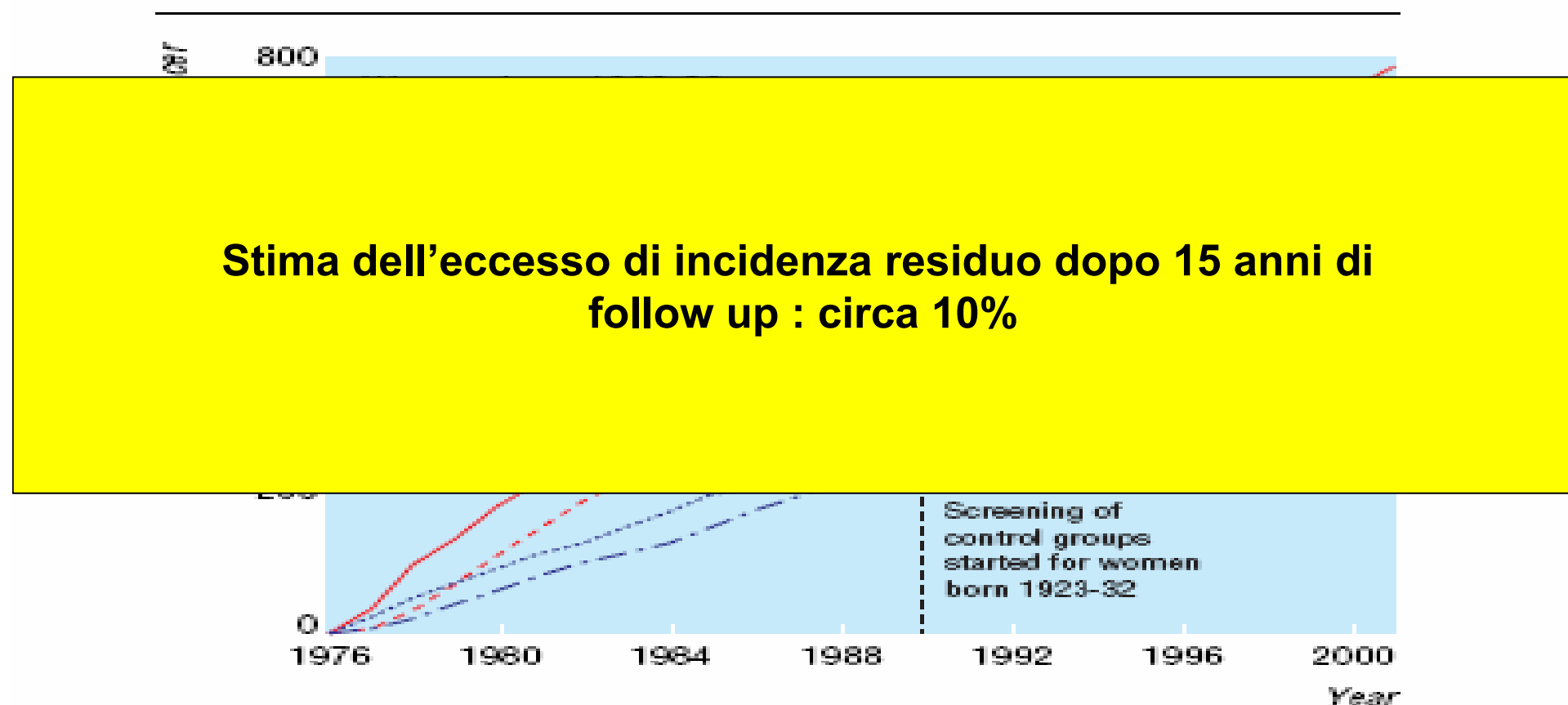


Fig 2 Cumulative number of all breast cancer cases (in situ and invasive) per year and group for total follow-up of women born during 1908-22 (unscreened control group) and 1923-32 (controls groups invited to screening from 1990 onwards)

Service screening and overdiagnosis

- Excess of incidence and Geographical comparisons
 - *Peeters et al. , IJE, 1989 Nijmegen program*
 - *Ahtila et al. , JMS, 2002 Finland*
 - *Olsen et al. , BJC, 2003 Denmark*
 - *Zahl et al, BMJ, 2004, Norway & Sweden*
 - *Jorgensen et al , BMJ , 2009*
 - *Morrel et al , CCC, 2009*
- Modelling of population-based data
 - *Yen et al , EJC, 2003 (dcis)*
 - *Mc Cann , JMS, 2004*
 - *Jonsson et al, IJC, 2005 Sweden*
 - *Paci et al. , JMS, 2004 Florence*
 - *Moller et al., EJC Prev., all Nordic countries*
 - *Paci and Impact group, BCR, Italy*
- Microsimulation
 - *De Koning et al, BCR, 2006 MiSCAN, Netherlands*

**Metodologie molto diverse , stime quantitative differenti ,
difficoltà di stima anche per la storia
ancora breve dei programmi di screening**

Applicazione del metodo con aggiustamento statistico per lead time alla casistica IMPATTO

Breast Cancer Research, 2006

Available online <http://breast-cancer-research.com/content/8/6/R68>

Research article

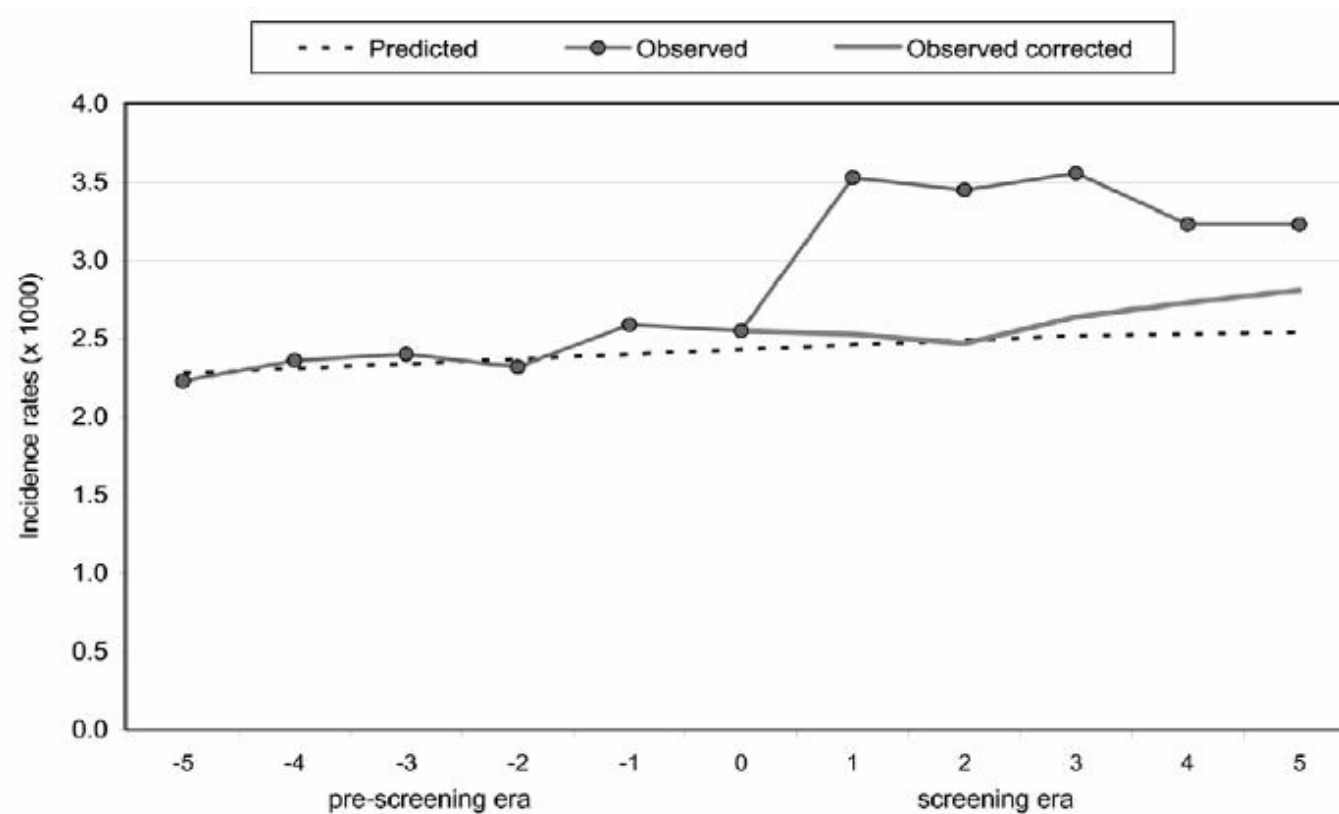
Open Access

Estimate of overdiagnosis of breast cancer due to mammography after adjustment for lead time. A service screening study in Italy

Eugenio Paci¹, Guido Miccinesi¹, Donella Puliti¹, Paola Baldazzi², Vincenzo De Lisi³, Fabio Falcini⁴, Claudia Cirilli⁵, Stefano Ferretti⁶, Lucia Mangone⁷, Alba Carola Finarelli⁸, Stefano Rosso⁹, Nereo Segnan¹⁰, Fabrizio Stracci¹¹, Adele Traina¹², Rosario Tumino¹³ and Manuel Zorzi¹⁴

Dati studio IMPATTO - Firenze, Torino, Parma, Ferrara, Modena e Romagna.

Tassi di incidenza attesi, osservati e osservati corretti per lead time.



Excess ratio: 4.6% (2% - 7%) tutti i k
3.2% (1% - 6%) solo k invasivi

Eccesso di incidenza e Lead time

- Non si deve confondere l'eccesso di incidenza , che è necessario perché lo screening funzioni , con la sovradiagnosi
- L'eccesso di incidenza permane fintanto che persiste lo screening (organizzato o spontaneo)
- Il riassorbimento non può essere valutato in studi descrittivi se non dopo molti anni dall'inizio dello screening. E' studiabile con approcci coorte o con modelli che considerino il lead time.

Breast screening: the facts— or maybe not

Peter Gøtzsche and colleagues argue that women are still not given enough, or correct, information about the harms of screening

Summary from evidence based leaflet

- It may be reasonable to attend for breast cancer screening with mammography, but it may also be reasonable not to attend because screening has both benefits and harms
- If 2000 women are screened regularly for 10 years, one will benefit from the screening, as she will avoid dying from breast cancer
- At the same time, 10 healthy women will, as a consequence, become cancer patients and will be treated unnecessarily. These women will have either a part of their breast or the whole breast removed, and they will often receive radiotherapy and sometimes chemotherapy
- Furthermore, about 200 healthy women will experience a false alarm. The psychological strain until one knows whether it was cancer, and even afterwards, can be severe

Va pensiero- Newsletter

13

How to... Le 5 cose importanti per lo screening mammografico

1 È ragionevole partecipare allo screening mammografico, ma è altrettanto ragionevole non parteciparvi

Lo screening ha contemporaneamente effetti positivi ed effetti negativi. Essi non sono di regola menzionati e nemmeno quantificati in modo comprensibile per la presa di decisione individuale sugli opuscoli ed i dépliant di invito allo screening.

2 Quali i benefici?

Considerando 1000 donne di cinquanta e più anni di età che si sottopongono ogni due anni e per 10 anni allo screening mammografico il numero assoluto di donne che avranno evitato il decesso per tumore al seno sarà pari a 0,5 unità (visione "pessimista", 1) o al massimo a 2 unità (visione "ottimista", 2), rispetto a 1000 donne che non si sono sottoposte allo screening. Quindi 999,5 donne (rispettivamente 998) sulle 1000 che hanno partecipato allo screening non avranno nessun beneficio in termini di mortalità evitata.

3 Quali gli effetti negativi?

Sempre tra le 1000 donne citate che scelgono di sottoporsi allo screening, tra 2 e 10 riceveranno una diagnosi di forme pre-invasive di cancro al seno che non avrebbero causato dei sintomi o dei decessi nel corso della loro vita (sovra-diagnosi). Esse saranno quindi trattate inutilmente come se avessero un tumore al seno. Tra 10 e 15 donne avranno una diagnosi anticipata di cancro senza che questo fatto abbia un'influenza sulla prognosi, infine tra 100 e 500 donne sperimenteranno dei falsi allarmi (falsi positivi) che per circa il 50% daranno luogo ad un'ulteriore mammografia. Inoltre 5 donne saranno falsamente rassicurate da una mammografia (falsi negativi).

4 Screening mammografico: un delicato bilancio

Partecipare o non partecipare allo screening mammografico significa operare a **livello individuale** un delicato bilancio tra benefici ed effetti negativi e quindi le scelte possono essere ragionevoli sia a favore che contro la partecipazione ad un programma di screening (4).

5 Evitare e rifiutare la propaganda

Oggigiorno i contenuti della quasi totalità degli opuscoli, dei dépliant e delle lettere di invito allo screening mammografico tutti silenti sulla elencazione e sulla quantificazione dei benefici e degli effetti negativi, non promuovono l'autonomia ad operare delle scelte individuali bensì essi non costituiscono che della propaganda. Il materiale informativo non dovrebbe essere redatto dai promotori dello screening (per evidenti motivi di conflitto di interesse) bensì da agenzie neutre sulla base dei più rigorosi criteri scientifici (5). Due opuscoli, uno danese (in inglese) e l'altro svizzero (in lingua italiana) rispondono in modo soddisfacente a questi criteri (6,7).

Gianfranco Domenighetti

Professore di Comunicazione, Economia e Politica sanitaria
Università della Svizzera Italiana e di Losanna

Note dell'autore

1. Gøtzsche PC, Nielsen M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2006; 4:CD001877
2. Barrat A, Howard K, Irwig L, et al. Model of outcomes of screening mammography: information to support informed choices. BMJ 2005; 330: 936-8.
3. Welch G. Overdiagnosis and mammography screening. BMJ 2009;339: b1425
4. Heath I. It is not wrong to say no. BMJ 2009; 338: b2529
5. Agency for Healthcare Research and Quality. Breast cancer screening. Summary of the evidence <http://www.ahrq.gov/clinic/3rduspstf/breastcancer/bcscnsum1.htm#results>
6. www.screening.dk
7. La mammografia: un aiuto per capire e per decidere. Opuscolo del Dipartimento della sanità e della socialità, Bellinzona 2008. www.ti.ch/dss/dsp/sezs/UffPVS/progetti/Diritto_dei_pazienti/pdf/OpuscoloMammografia.pdf

Comunicare si, ma che cosa?

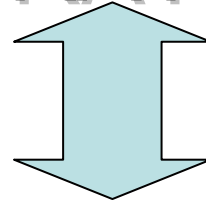
- E' corretto che una posizione che diviene autorevole perché è ospitata sui principali media scientifici internazionali, ma è considerata da molti come metodologicamente e scientificamente insostenibile , sia considerata il vero messaggio da comunicare?
- Un buon numero di ricercatori ritiene le stime del gruppo Gotschtze (Cochrane?) inaccurate e sbagliate: è giusto informare , ma come si informa su una questione così controversa ?

III sessione

Sovradiagnosi e sovratrattamento

Sintesi teorica sovratrattamento : **Daniela Terribile (Roma)**

SOVRATRATTAMENTO



SOVRADIAGNOSI

In cosa si traduce l'overdiagnosi e cosa si intende per sovratrattamento e per chi

Per la donna ?



Per il
chirurgo



per l'epidemiologo ?



- Sovratrattamento quantitativo
- Sovratrattamento qualitativo

SOVRATRATTAMENTO QUANTITATIVO

La lesione benigna diagnosticata e operata in corso di screening rappresenta un esempio perfetto di sovra trattamento quantitativo , tuttavia anche dai dati GISMA ciò è vero solo per quel 50 % circa di lesioni benigne non evolutive (che andavano diagnosticate in maniera non invasiva)

Problematiche

“indecisione “anatomo-patologo

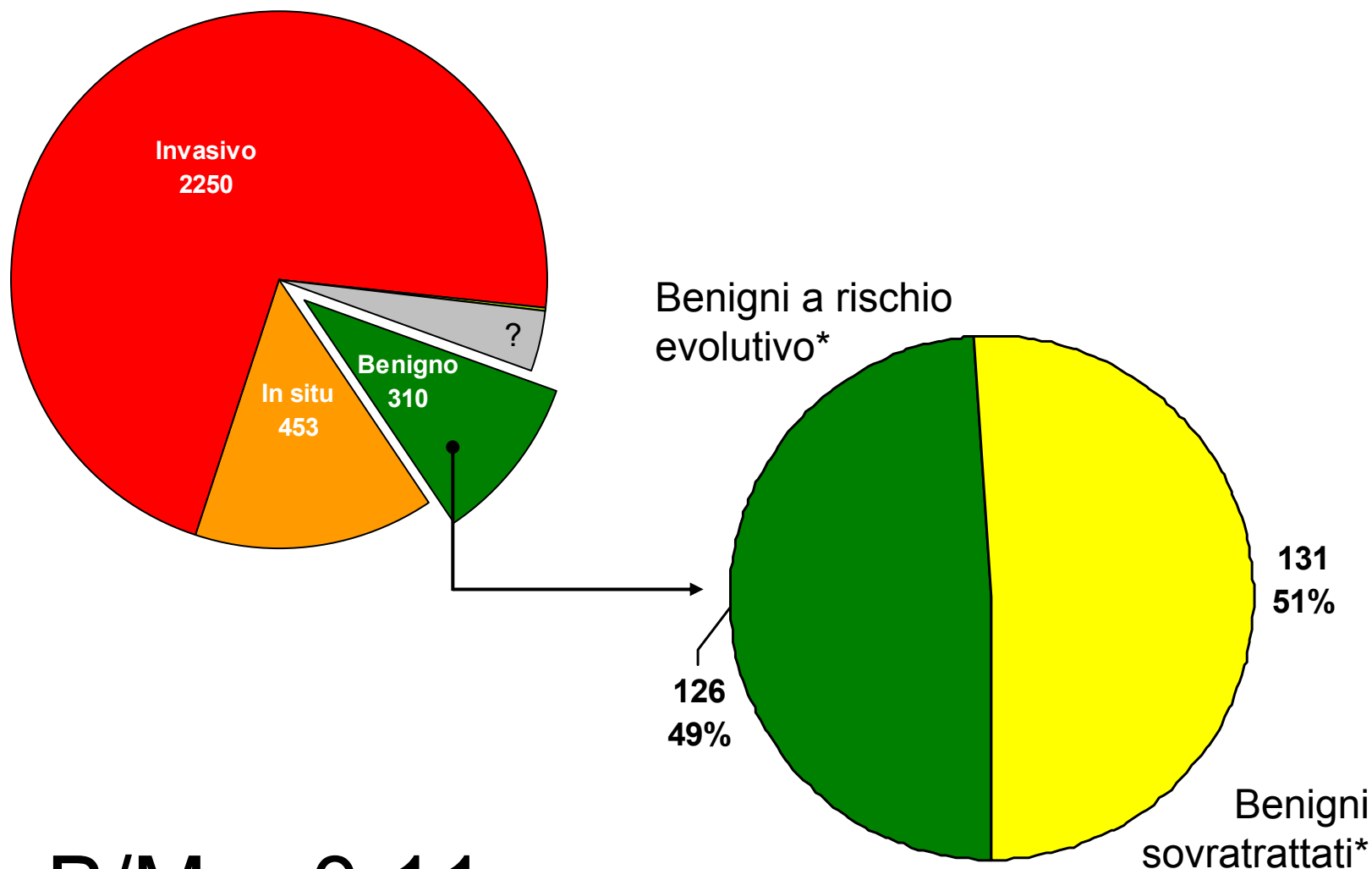
Pressing chirurgo

Spauracchio medico-legale



Escissione chirurgica

Diagnosi istologica delle lesioni di screening – Italia GISMa 2007

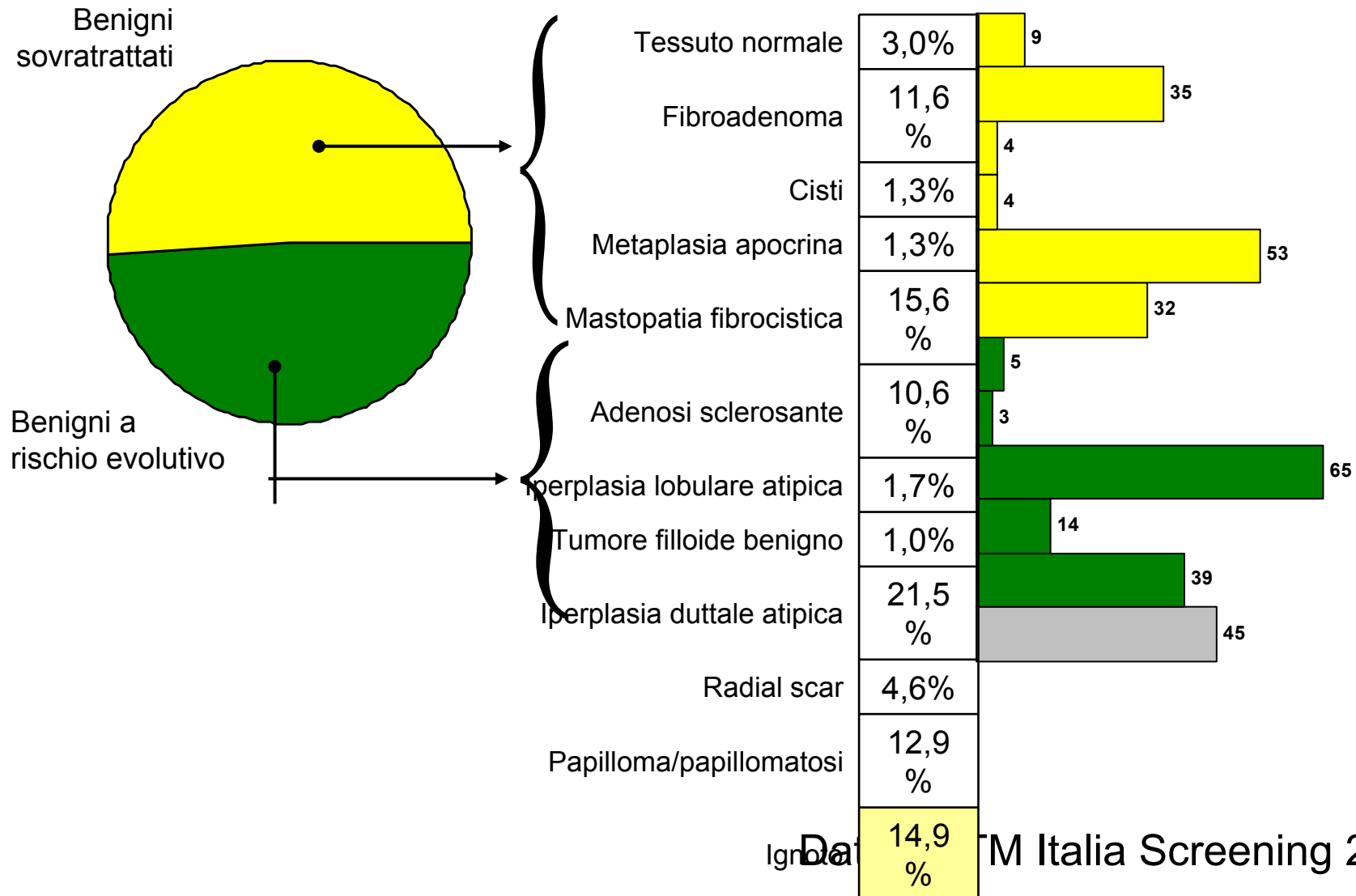


$$B/M = 0.11$$

* La somma non fa 310 perché sono state escluse le lesioni sincrone

Dati: SQTM Italia Screening 2007

Tipo istologico delle lesioni benigne - Italia GISMa 2007



Sovratrattamento quantitativo

Lesioni neoplastiche non evolutive, indolenti,
o a potenziale maligno limitato

- DCIS a basso grado
- Carcinomi infiltranti di piccole dimensioni, scoperti dallo screening, non palpabili, G1, TUBULARI, in over 65 anni, o con importanti comorbidità.

Review

Overdiagnosis and overtreatment of breast cancer

Progression of ductal carcinoma *in situ*: the pathological perspective

J Louise Jones

Tumour Biology Laboratory, Institute of Cancer, Queen Mary's School of Medicine and Dentistry, Charterhouse Square, London, UK

Corresponding author: J Louise Jones, louise.j.jones@cancer.org.uk

Published: 21 April 2006

This article is online at <http://breast-cancer-research.com/content/8/2/204>
© 2006 BioMed Central Ltd

Breast Cancer Research 2006, **8**:204 (doi:10.1186/bcr1397)

The latter studies, which are biased towards lower-grade lesions, show that, untreated, up to 50% of DCIS lesions progress to invasive disease, and that the time for progression may be up to four decades

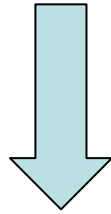
Saunders ME et al, *Cancer*
2005Collins LC, *Cancer* 2005

Taken together, these studies suggest that whilst progression to invasive disease is more rapid in high-grade DCIS, all grades have significant potential to progress.

The challenge is to define better ways of quantifying the risk of progression for individual lesions in order to better tailor treatment decisions.

Jones JL, *BCR* 2006

SOVRATRATTAMENTO QUALITATIVO



- Mastectomie, Dissezioni ascellari inopportune
- Radioterapia, Ormonoterapia, Chemioterapia,
- (Ansia, depressione, alterazioni emotive)

Trattamento inadeguato

=

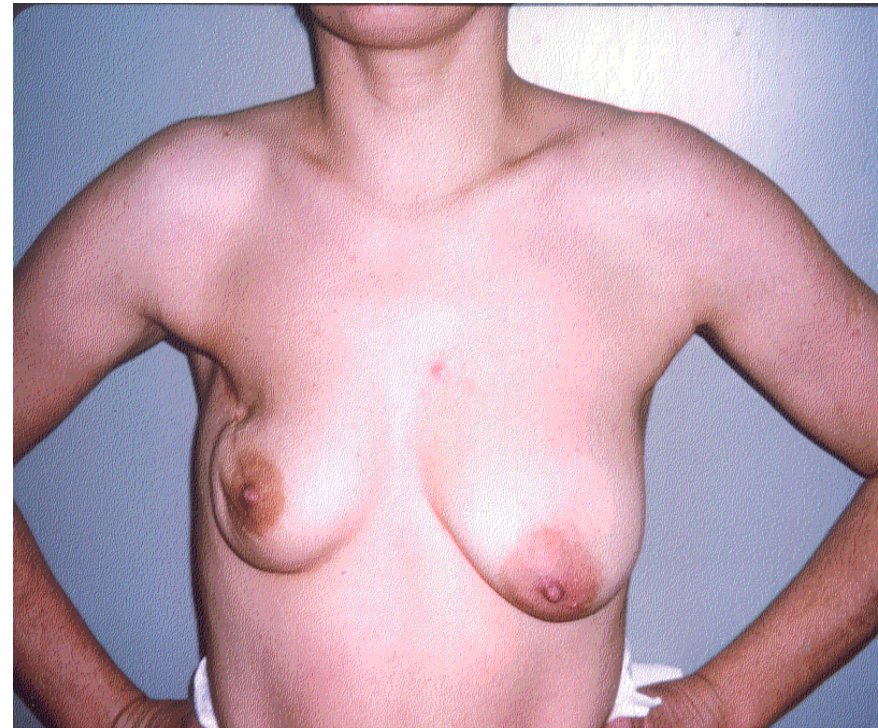
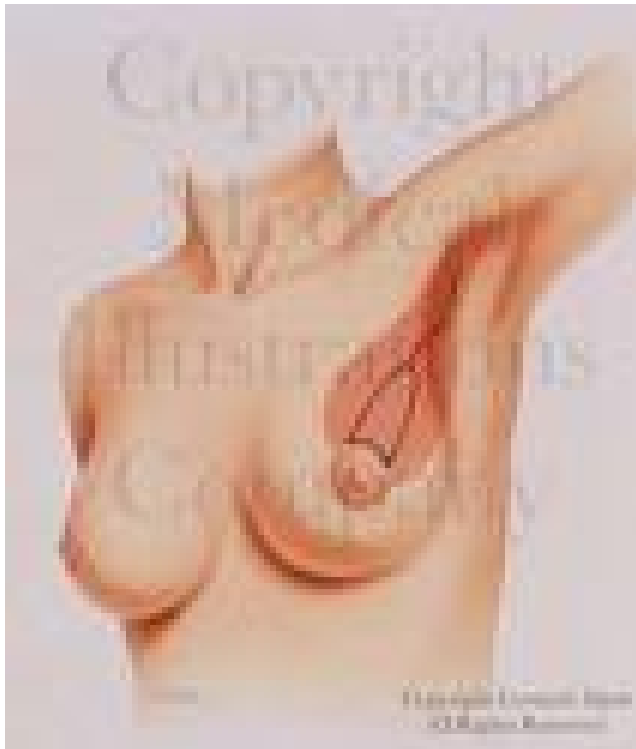
CATTIVO TRATTAMENTO !!!!

SOVRATRATTAMENTO QUALITATIVO

MODALITÀ DI ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

IERI

QUADRANTECTOMIA CLASSICA



Evoluzione chirurgia conservativa

superamento del concetto di

“conservazione del seno indipendentemente dall’aspetto “

a favore di quello relativo alla

“conservazione dell’ aspetto del seno “



SOVRATRATTAMENTO nei trattamenti adiuvanti

1. Impiego dei taxani in combinazione con antracicline nelle pazienti N neg
2. Impiego del trastuzumab in aggiunta alla chemioterapia in pazienti con N neg e T<1cm (in particolare < 0,5 cm)
3. Impiego di LhRh analoghi associati a TAM in aggiunta alla chemioterapia adiuvante nelle donne in premenopausa
4. Impiego prolungato (oltre 2 anni) di LhRh analoghi in associazione a TAM nelle donne in premenopausa
5. Impiego di IA in donne RO pos in postmenopausa a basso profilo di rischio
6. Impiego di IA in perimenopausa
7. Impiego della chemioterapia precauzionale nelle donne > 70 aa

Come contenere il sovratrattamento ?

- Programmi di screening di qualità
- Monitoraggio continuo dei dati e audit multidisciplinari
- Professionisti dedicati alla diagnosi ed al trattamento del carcinoma della mammella
- **Trattamento della paziente all'interno di percorsi multidisciplinari certificati**
- Ricerca!!! per comprendere meglio la biologia e il potenziale di progressione di “queste” neoplasie... e non solo queste!

QUADRANTECTOMIA vs MASTECTOMIA:

MASTECTOMIA + RICOSTRUZIONE

IERI

DIFFICOLTA' LOGISTICHE
tempi/ spazi /operatori

IMPIEGO LIMITATO
ANCHE DA TECNICHE
LIMITATE

**BREAST
UNIT**



OGGI

OTTIMIZZAZIONE
INDICAZIONI
E TECNICHE

MODULAZIONE TECNICHE

- ✓ Ricostruzione protesica
- ✓ Ricostruzione con lembi

IV sessione

Gruppi a rischio aumentato:
familiarità, genetica, densità e abitudini di vita

Moderatore: P. Giorgi Rossi

Interventi: A. Russo, D. Turchetti

Commenti: P. Pasanisi, M. Federico

V sessione

Impatto delle nuove tecnologie di screening

Moderatore: G. Saguatti

Interventi: B. Lazzari, S. Salimbeni

Commenti: M. Rosselli del Turco

VI sessione

**Tavola rotonda con le
Associazioni, le Società
Scientifiche e i giornalisti**

Sessione poster piemontesi

I poster presentati dalla Regione Piemonte sono stati 13 sul totale di 45 presentati al Convegno Nazionale GISMa 2010:

1 sovradiagnosi e sovratrattamento

1 nuove tecnologie

1 interventi di prevenzione primaria

2 formazione degli operatori di screening oncologici

3 database per la raccolta/analisi/valutazione dei dati dei programmi di screening

5 caratteristiche socio-economiche e percorsi di diagnosi (adesione, follow-up casi clinici, ecc) dei programmi di screening mammografico



STI.VI. Studio pilota di valutazione di interventi di prevenzione primaria nella popolazione invitata nei programmi regionali di screening mammografico e coloretale

Autori:

Nereo Segnan¹, Livia Giordano¹, Maria Piera Mano¹, Carlo Senore¹, Fabrizio Gili¹, Andrea Pezzana², Federica Gallo¹, M. Cristina Bellati¹, Francesca Di Stefano¹, Alessandro Coppo¹, Cristiano Piccinelli¹, Elena Kolomoets¹, Caterina Anatrone¹

¹SC Epidemiologia dei Tumori 2 – CPO Piemonte – AOU “San Giovanni Battista di Torino”

² SOSD Dietetica e Nutrizione Clinica – Ospedale “San Giovanni Bosco” - Torino

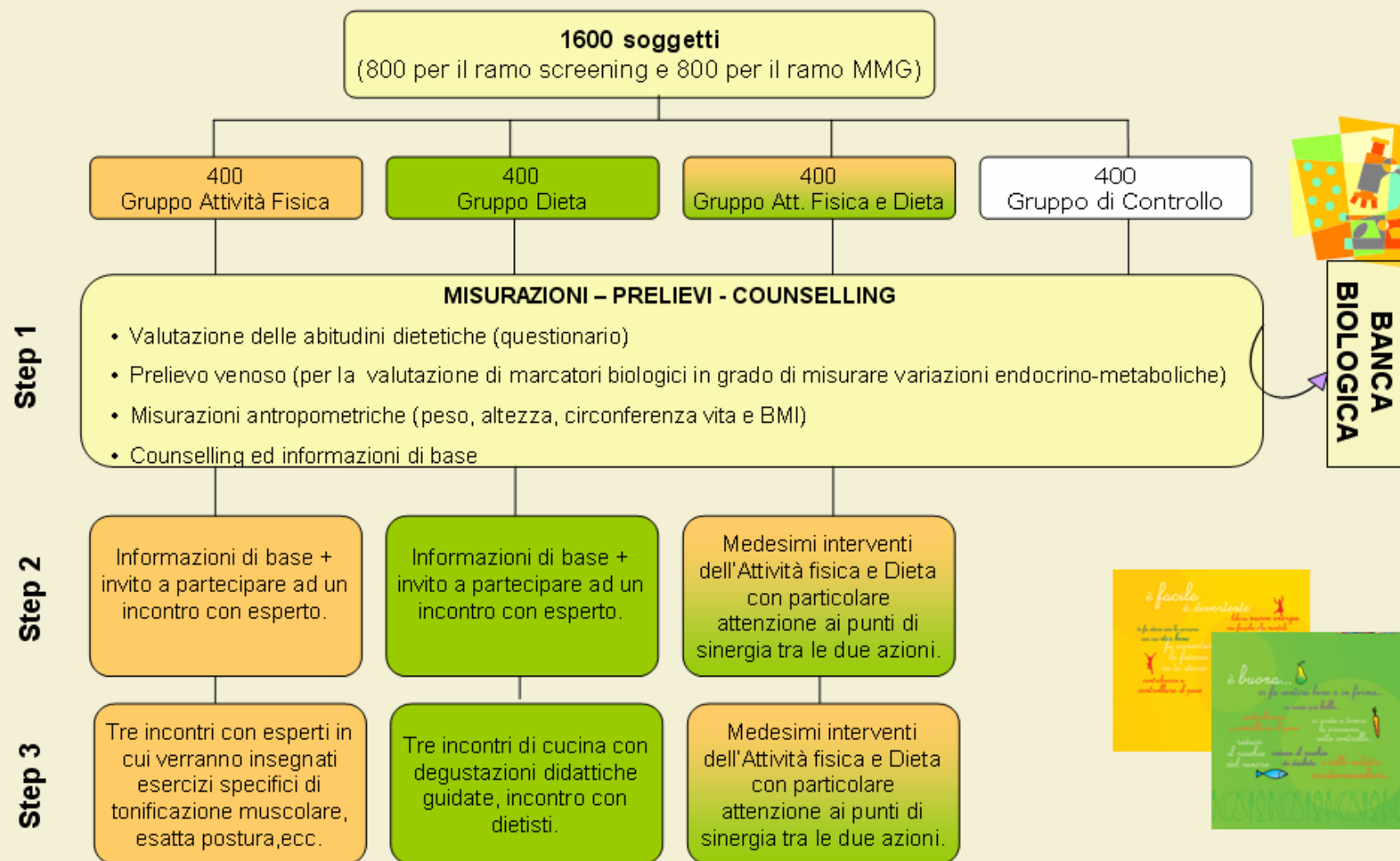
OBIETTIVO PRINCIPALE

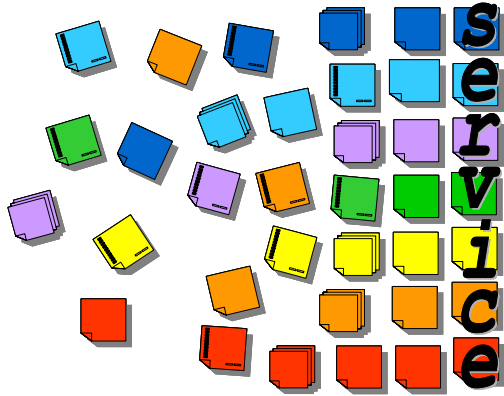
- Determinare la fattibilità e l'impatto su alcuni outcomes di salute di modelli di intervento per il cambiamento degli stili di vita (dieta, attività fisica) nella popolazione torinese invitata nei programmi regionali di screening della mammella e del colon-retto.

OBIETTIVI SECONDARI

- Valutare l'adesione allo studio della popolazione target e dei medici di medicina generale.
- Valutare l'interazione in termini di adesione rispetto allo screening.
- Monitorare il mantenimento dei cambiamenti dello stile di vita a breve e medio termine.

Si prevede di reclutare 1600 soggetti che verranno randomizzati in 4 gruppi:
1) Gruppo Attività Fisica 2) Gruppo Dieta 3) Gruppo Attività Fisica e Dieta 4) Gruppo di Controllo





*Un database centralizzato per la raccolta dei dati
per il monitoraggio e la valutazione dei
programmi di screening mammografico in
Piemonte*

Autori:

Federica Gallo¹, Pamela Giubilato¹, Livia Giordano¹, Marco Calcagno¹, Aurora Di Leo¹, Luisa Gallesio¹, Valeria Stefanini¹, Viviana Vergini¹, Nereo Segnan¹

¹CPO Piemonte, Centro Prevenzione Oncologica, Epidemiologia dei Tumori 2

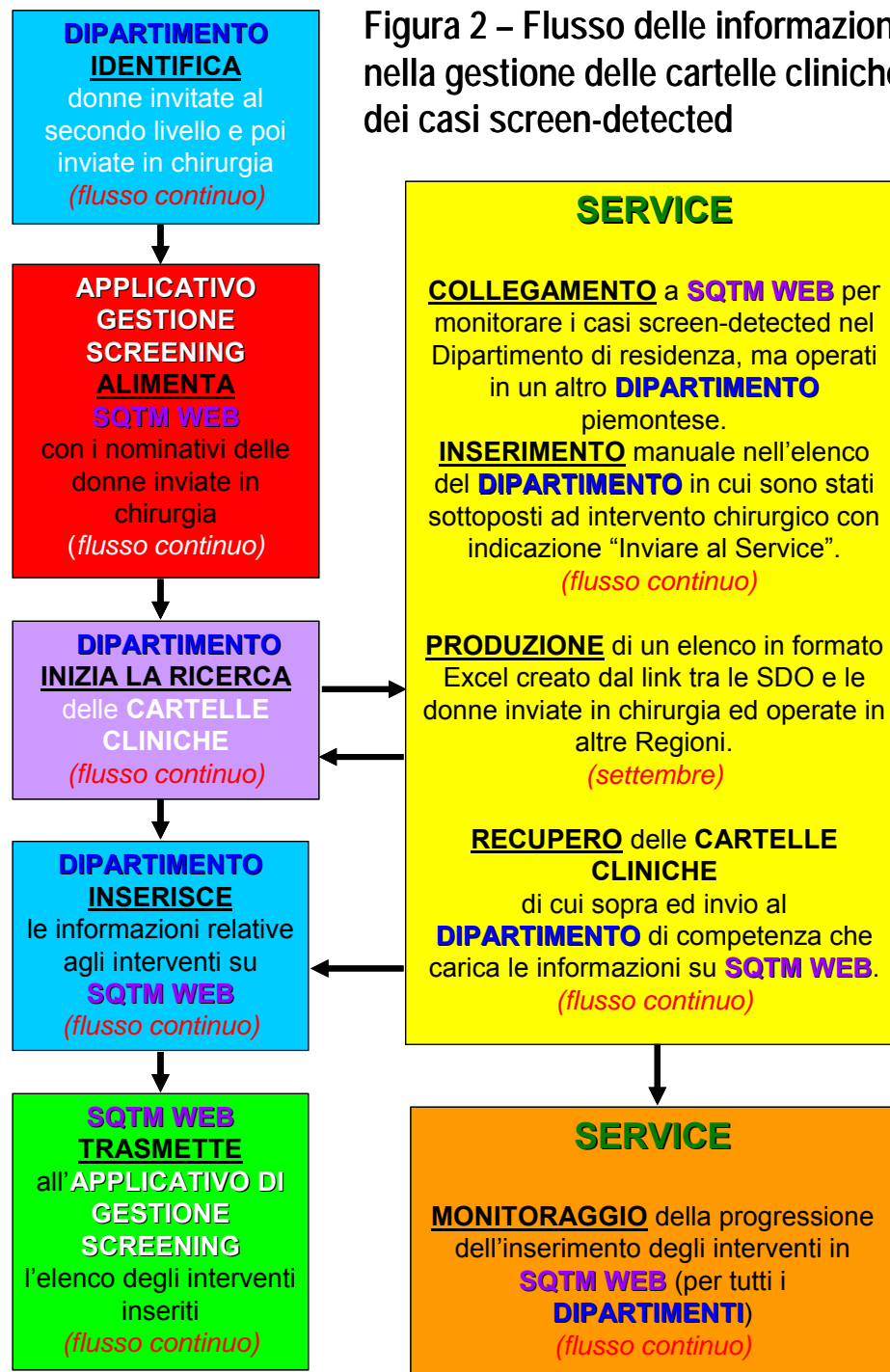
Il Service è un servizio che opera a livello regionale come supporto agli operatori dei 9 Dipartimenti di screening piemontesi nella raccolta dei dati indispensabili per valutare la qualità e l'impatto del processo di screening.

Service ha lo scopo di:

- ❖ rendere centralizzata, più completa ed efficiente la fase di recupero delle informazioni
- ❖ promuovere l'interazione con e tra le unità organizzative e valutative dello screening di ciascun Dipartimento
- ❖ fornire supporto metodologico ed organizzativo per la raccolta dei dati.

Le funzioni di follow-up del Service sono previste per i casi identificati allo screening, i casi intervallo e per la raccolta di informazioni di tipo clinico e sulla mortalità.

Figura 2 – Flusso delle informazioni nella gestione delle cartelle cliniche dei casi screen-detected



Risultato dell'indagine sui sistemi informativi regionali dei programmi di screening mammografico

Autori:

Gregorio Mercurio¹, Antonio Ponti², Marco Zappa³, Paola Mantellini³, Mariano Tomatis²,
Nereo Segnan²

¹CNR ICAR - Istituto di calcolo e reti ad alte prestazioni, Napoli

²CPO Piemonte - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in
Piemonte, Torino

³Osservatorio Nazionale Screening (ONS), ISPO Firenze

OBIETTIVI:

Il fatto che i programmi di screening rappresentino un “profilo di assistenza”, cioè un percorso all'interno del Servizio Sanitario, pone l'esigenza di poter tracciare la storia di prevenzione per ognuna delle persone destinatarie, raccogliendo dati individuali.



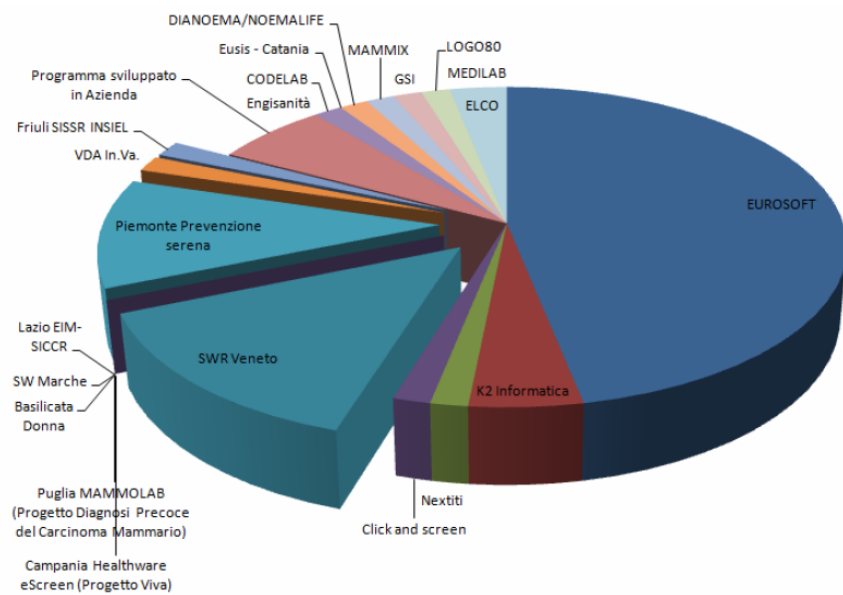
A questo scopo è stato finanziato dal Ministero della salute il progetto **Data WareHouse (DWH) nazionale screening oncologici**, il cui flusso sarà inserito tra quelli del Nuovo Sistema Informativo Sanitario.

La DWH si propone di consentire in futuro il monitoraggio degli indicatori di processo sullo screening attualmente raccolti dall'ONS sulla base di dati aggregati.

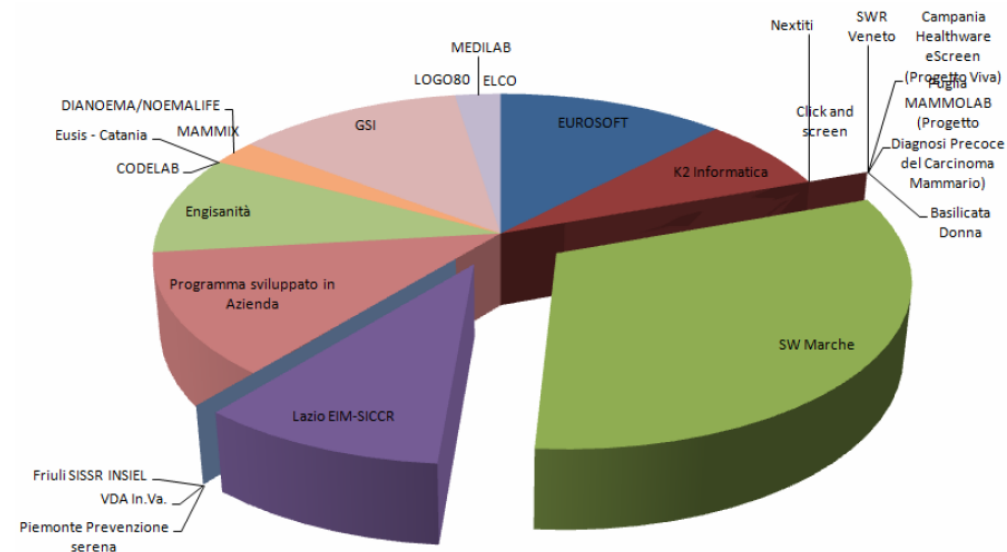
Nell'ambito del progetto è stata avviata una fase di ricognizione con l'obiettivo di descrivere i sistemi informatici per la gestione e valutazione degli screening oncologici e le relative procedure organizzative presso ciascuna Regione.

Nelle figure è riportata la ripartizione degli applicativi software mammografici censiti secondo la denominazione della società costruttrice, sul totale dei programmi regionali di screening oncologici mammografici ($144 = 64 + 41 + 39$) e sul totale delle regioni.

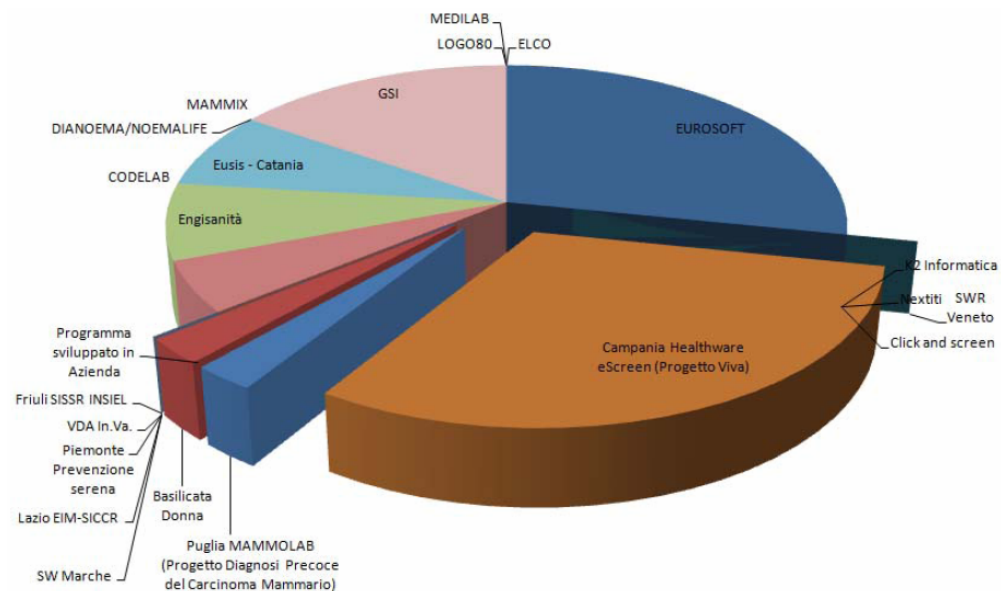




Distribuzione Nord (64 programmi)



Distribuzione Centro (41 programmi)



Distribuzione Sud e Isole (39 programmi)

Studio dell'adesione allo screening organizzato mammografico nella provincia di cuneo in base a rilevanti fattori socioeconomici e geografici

Autori:

Orione L., Rimondot M., Vesuvio S., Tavella D., Moirano F.^{*}, Bedogni C.^{*}, Ferreri E.^{*}, Monchiero G.^{**}, Morabito F.^{**}, Frigeri MC.^{**}, Varetto L.^{***}, Grillo M.^{*}, Chiozza G.^{*}, Giordano L.[°]

S.C. U.V.O.S., Dipartimento Prevenzione Secondaria Tumori 7 Piemonte;

^{*}A.S.L. CN1;

^{**}A.S.L. CN2;

^{***}A.O. S. Croce e Carle;

[°] C.P.O. Epidemiologia Piemonte



Analisi diffrattometrica al sincrotrone dei capelli in pazienti con cancro coloretale. Un nuovo test di screening per individuare soggetti a rischio – Risultati preliminari

Autori:

Salvatore Polizzi, Pierino Panarisi

Dipartimento di Prevenzione Oncologia ASLTO5, Turin

DIFFRAZIONE AI RAGGI X DEI CAPELLI – ANALISI DEL SINCROTONE

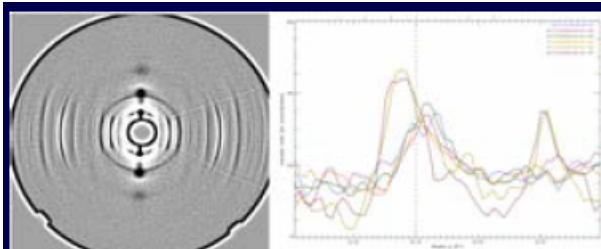
Il sincrotrone, un nuovo prodotto della scienza nucleare, è capace di analizzare in dettaglio la struttura molecolare dei materiali. La nuova generazione di sincrotroni sono capaci di individuare cambiamenti molecolari in individui con alta probabilità di patologia da sottoporre ad ulteriori accertamenti di screening evitando condizioni di stress e trauma

LE BASI SCIENTIFICHE DEL FENOMENO

Dal punto di vista diagnostico, l'analisi diffrattometrica del capello, di donne portatrici di neoplasia mammaria, si differenzia dai soggetti sani per la comparsa di un' "anello" caratteristico che corrisponde ad uno spazio intermolecolare di 4.4-4.5 nm (45°).

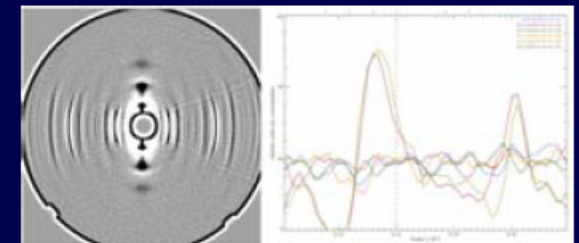
RISULTATI DEI PRIMI TEST

In uno studio preliminare abbiamo analizzato 122 donne invitate al II livello dello screening mammografico che rappresentano una base di circa 4000 donne invitate ad una mammografia di I livello. I risultati concordano largamente con gli standard proposti dalla Linee guida Europee (Esami eseguiti dalla Fermiscan USA Inc. Synchrotron Advanced Photon Source, Argonne National Laboratories, Chicago U.S.A.)



Con Patologia

**Il segnale prodotto dal
Sincrotrone di III generazione
nell'attuale studio**



Senza Patologia

Caratteristiche Socio-Economiche e percorsi di diagnosi e cura delle donne aderenti e non aderenti allo Screening Mammografico

Autori:

Marina Padoan¹, Daniela Ferrante¹, Giorgio Pretti¹, Corrado Magnani^{1,2}

¹Unità di Statistica Medica e SCDU Epidemiologia dei Tumori, Dipartimento di Scienze Mediche, Università del Piemonte Orientale, AOU Maggiore della Carità e CPO-Piemonte, Novara

²Unità di Epidemiologia dei Tumori, CeRMS e CPO-Piemonte, Università di Torino

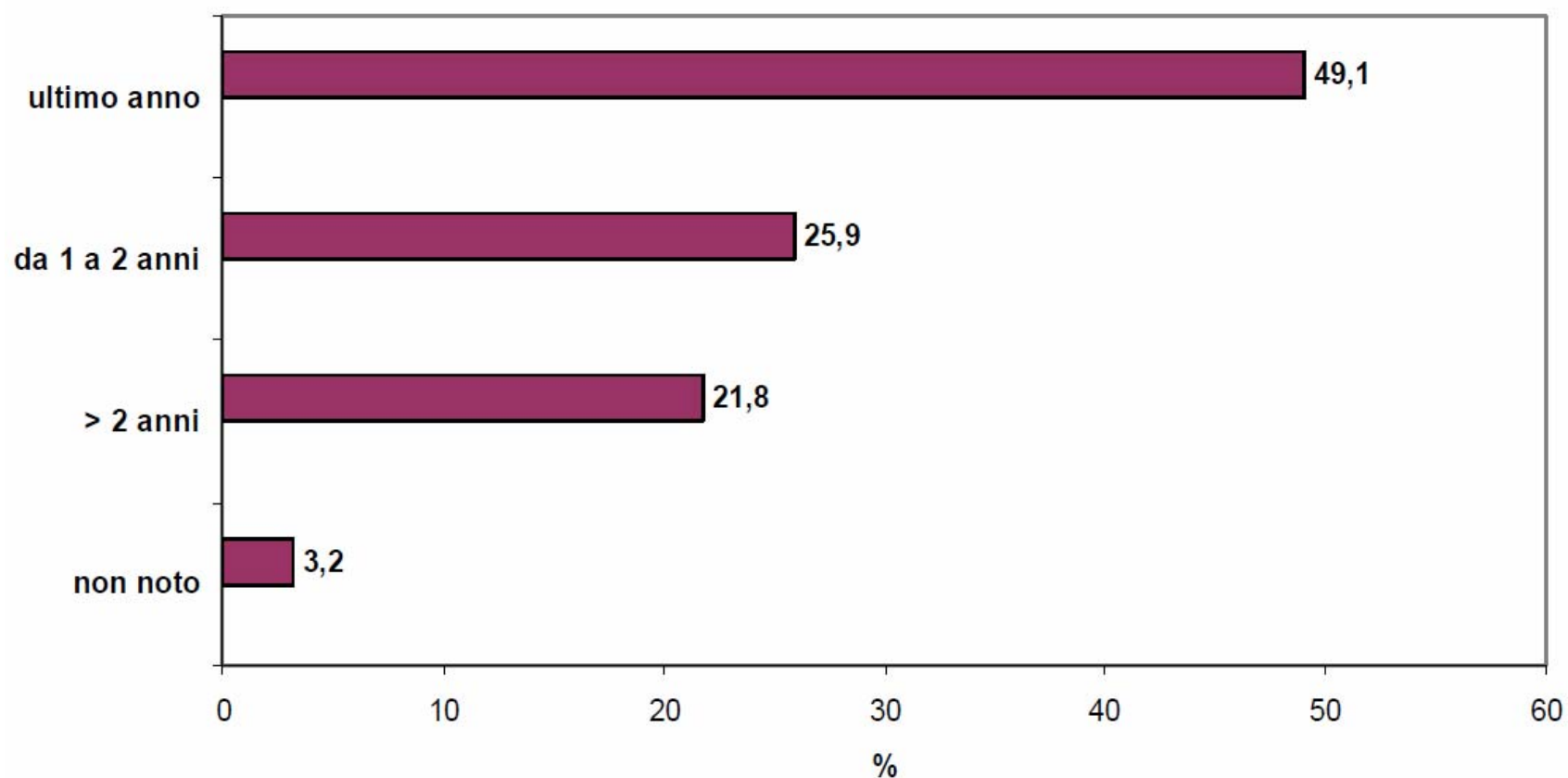
METODI

- ▶ Campione di **500 donne** (aderenti e non aderenti) invitate allo screening mammografico "Prevenzione Serena" negli anni 2006-2007 (dati aggiornati al 2008), di età compresa tra i **50 e i 69 anni** e residenti nelle **ASL di Novara e Verbano-Cusio- Ossola**.
- ▶ **Questionario postale** suddiviso in sezioni che indagano differenti aree tematiche. Dopo il primo questionario sono stati inviati due solleciti alle donne non rispondenti e successivamente è stato effettuato un ulteriore contatto telefonico.
- ▶ **L'analisi statistica** ha riguardato 474 donne (26 donne non sono state considerate nell'analisi, poiché non idonee in quanto non comprendono la lingua italiana o sono affette da malattie neuro-degenerative con perdita di memoria o semplicemente il recapito postale non è più corrispondente alla donna in studio).

Modalità di accesso allo screening

	N.	%
Eseguita con Prevenzione Serena	258	74.1
Fatta Privatamente	75	21.5
Non noto	15	4.3
Totale	348	100

Mammografia e periodicità rispetto all'ultima mammografia effettuata



CONCLUSIONI

È stato riscontrato che:

- il sollecito postale e il successivo contatto telefonico ha permesso un notevole incremento nella rispondenza al questionario;
- la maggior parte delle donne che effettua la mammografia, lo fa all'interno di programmi di screening organizzato secondo i tempi consigliati avendo ricevuto la lettera di invito dall'ASL di residenza;
- anche le donne con età inferiore a 50 anni sono sensibilizzate ad effettuare la mammografia.



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

Utilizzo di dissettore ad ultrasuoni nella chirurgia mammaria demolitiva

Autori:

Adriana Paduos*, Carlo Somaglino**, Ivano Festini Mira**, Emanuela Tini**, Roberto Polastri**

*SSD Week Surgery

**SC di Chirurgia Generale ad Alta Complessità – ASLBI Biella



MATERIALI E METODI

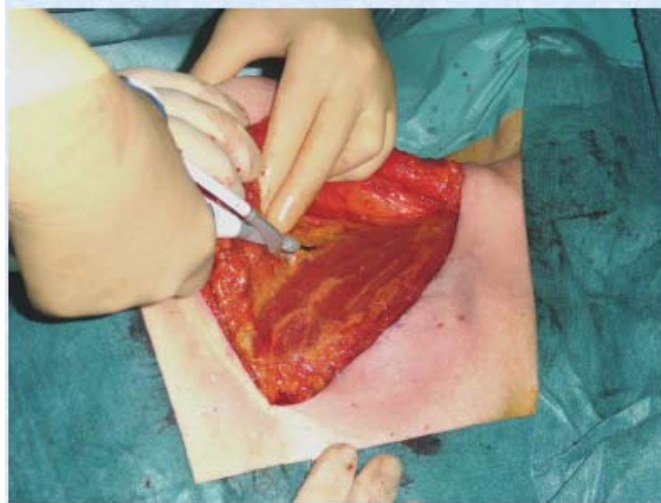
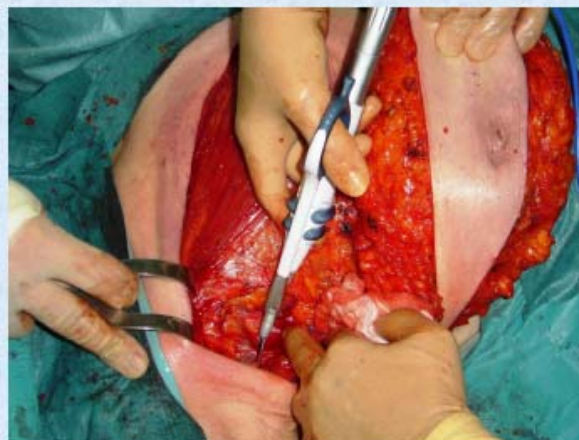
Periodo: maggio 2009 – marzo 2010

29 pazienti sottoposte a mastectomia con linfadenectomia ascellare radicale

14 le pazienti in cui è stato utilizzato il dissektore ad ultrasuoni (GRUPPO 1)

15 le pazienti in cui è stato utilizzato l'elettrobisturi (GRUPPO 2)

I due gruppi di pazienti sono stati confrontati per insorgenza di complicanze, giorni di degenza, numero di accessi ambulatoriali post-ricovero.



RISULTATI (GRUPPO 1 vs. GRUPPO 2)

DEGENZA MEDIA: 3.2 gg vs. 4,6 gg.

ACCESSI AMBULATORIALI: 3 vs. 5,5

(< incidenza di sieromi ed ematomi nel gruppo 1)

Un caso del gruppo 2 ha necessitato di un reintervento per ematoma post-operatorio.

CONCLUSIONI: con i limiti del ridotto campione, ci pare che l'utilizzo del dissektore ad ultrasuoni abbia avuto un impatto positivo, con una riduzione dei costi di degenza e delle visite ambulatoriali che giustifica il costo dello strumento.



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

Due casi di sovradiagnosi e seguito sovratrattamento

Autori:

Adriana Paduos*, Emanuela Tini**, Ivano Festini Mira**, Luca Chiappo**, Gianluca Cartia***

SSD *Week Surgery

**SC Chirurgia Generale ad Alta Complessità

***SC Medicina Nucleare - ASLBI Biella

MATERIALI E METODI

Periodo: gennaio 2007 – marzo 2010

264 pazienti sottoposte a trattamento chirurgico di neoplasia mammaria con biopsia del linfonodo sentinella in seguito a diagnosi radiologica e citologica pre-operatoria

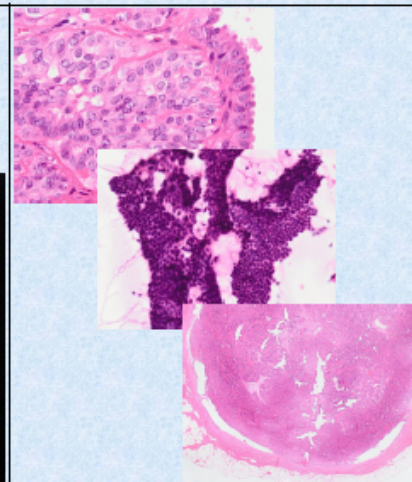
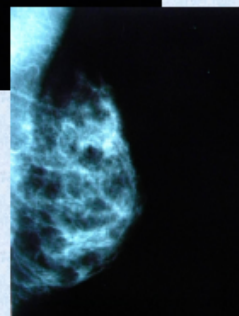
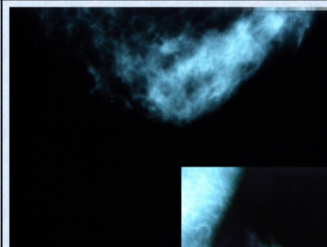
2 (0.75%) pazienti sono risultate negative per patologia neoplastica all'esame istologico definitivo. In entrambe non era stato eseguito l'esame al congelatore per lesioni < 1 cm

CASO N. 1 – S.P. anni 49

Mammografia di screening e successiva ecografia: lesione di 6 mm, ipoecogena a margini sfumati

Esame citologico su agoaspirato ecoguidato: categoria C5 = presenza di cellule neoplastiche

Esame istologico definitivo: papillomatosi intraduttale florida con focale iperplasia atipica dell'epitelio e adenosi sclerosante in rapporto con fibroadenoma sclerotico.

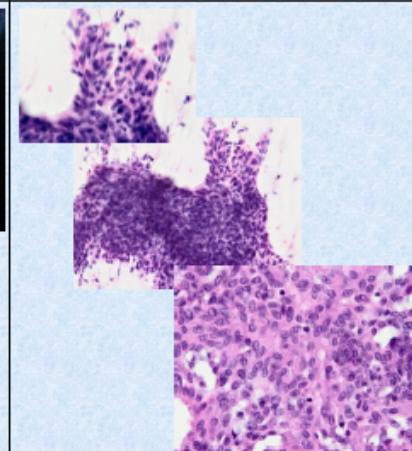
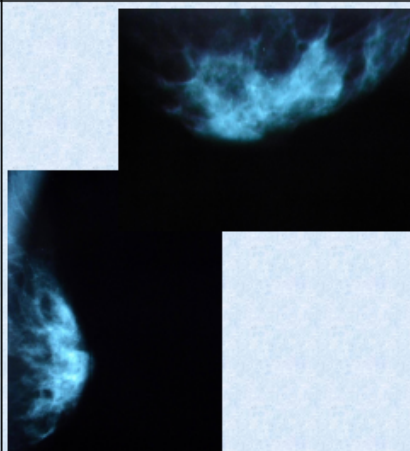


CASO N. 2 – M.M. anni 46

Mammografia di screening e successiva ecografia: formazione ipoecogena sospetta diam. 8 mm

Esame citologico su agoaspirato ecoguidato: categoria C4 = lesione altamente cellulare con atipie di grado moderato (cellule con irregolarità nucleari)

Esame istologico definitivo: nodulo compatibile con iperplasia tipica della mammella.



CONCLUSIONI: in entrambi i casi il trattamento chirurgico è stato corretto in rapporto alla diagnosi pre-operatoria. La revisione delle immagini e degli esami citologici non ha modificato la diagnosi pre-intervento. La percentuale dei casi di sovradiagnosi è in linea con i dati della letteratura.

Non vi sono state complicanze post-operatorie nè contenziosi medico-legali con le pazienti che erano state adeguatamente informate prima del trattamento chirurgico.



A.S.L. BI

*Azienda Sanitaria Locale
di Biella*

***Follow-up oncologico:
condivisione interdisciplinare***

Autori:

Maria Antonia Polimeni*, Adriana Paduos**, Paolo Bagnasacco***, Ivano Festini Mira****, Emanuela Tini****, Piergiuseppe Motto****, Laretta Massaza****, Elena Seles*, Mario Clerico*

*SC Oncologia - SSD

**Week Surgery

***Sc Radioterapia

****SC di Chirurgia Generale ad Alta Complessità – ASLBI Biella

Dimensioni del problema

Tumore mammario

Registro Tumori Provincia di Biella

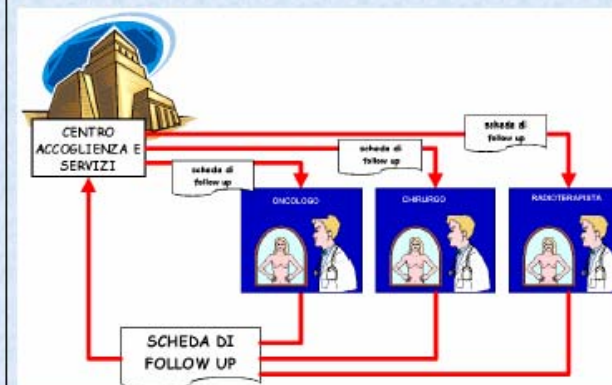
Incidenza: 144 casi
Mortalità: 38 casi
Ipotesi di follow up: 1350 casi

Attualmente, presso l'ASL - Biella il follow-up viene gestito in modo interdisciplinare.

Le specialità coinvolte sono : Oncologia, Chirurgia e Radioterapia. La frequenza delle visite è prevista ogni 3 mesi per il primo anno dalla diagnosi, ogni sei mesi fino al quinto anno e quindi una volta all'anno. Per ogni visita è prevista una scheda uguale per tutte le specialità, raccolta e conservata dalla segreteria centralizzata. Non sono previsti esami biochimici o strumentali eccetto la Mammografia che è prescritta a scadenza annuale e la valutazione ecografica dell'endometrio nelle pazienti che assumono terapia ormonale. Altri esami strumentali sono previsti solo in caso di sintomatologia o obbiettività clinica.

Regole...

1. Ogni specialista mantiene l'organizzazione della propria attività, dedicando parte dei suoi ambulatori al follow up dei tumori mammari.
2. Il CAS custodisce la documentazione clinica (SCHEDE identiche per tutti gli specialisti) delle pazienti e PRENOTA le visite.
3. Il comportamento è condiviso (in particolare la cadenza delle visite e gli esami da richiedere, in accordo con le linee guida)



La scheda di follow-up

OBIETTIVI: inserimento del MMG nella gestione del follow-up

- migliore servizio alle pazienti
- maggiori competenze al MMG nella gestione del follow-up
- inserimento del MMG nel GIC di Senologia
- migliore rapporto di fiducia tra MMG e pazienti
- migliore rapporto di fiducia tra MMG e specialisti che lavorano in Ospedale
- maggiore disponibilità ambulatoriale degli specialisti nei confronti dei malati-malati.

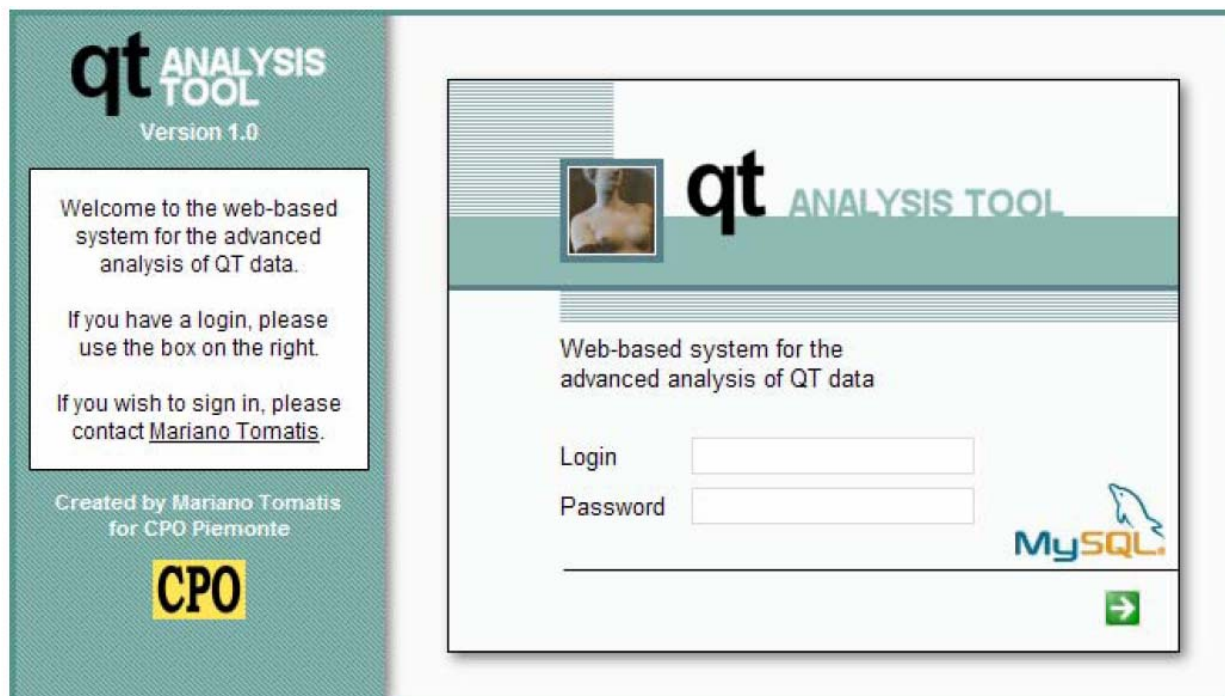
QT Analysis Tool:

*realizzazione di uno strumento elettronico di
datawarehouse, accessibile via web, per l'analisi
statistica avanzata dei dati individuali delle lesioni
mammarie screen detected*

Autori:

Mariano Tomatis, Antonio Ponti, Denise Casella, Aurora Di Leo, Rita Bordon, Maria Piera Mano, Nereo Segnan

CPO Piemonte - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino



QT Analysis Tool è un applicativo on line che permette:

- l'analisi statistica di dati individuali sulle lesioni mammarie screen-detected
- il calcolo degli indicatori
- l'immediato confronto dei risultati con il benchmark nazionale.

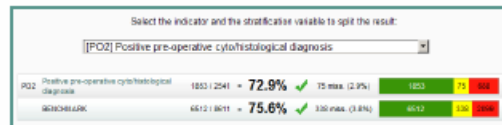
I 10550 casi sono stati caricati sul Web e resi disponibili ai coordinatori regionali che hanno trasmesso l'accesso ai responsabili dei singoli programmi.

Tutte le cartelle cliniche sono disponibili insieme a rapporti di completezza e congruenza, indicatori di qualità e distribuzioni di frequenza calcolati interattivamente.

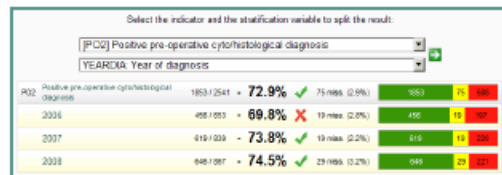
Nel prossimo futuro vi saranno caricati i dati a partire dal 2000.

Un esempio di analisi interattiva

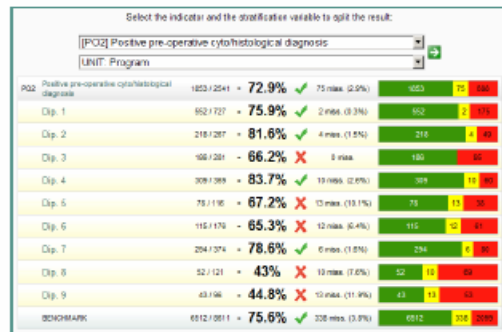
Un coordinatore regionale può confrontare il risultato di un indicatore con il *benchmark* nazionale (72,9% vs 75,6%):



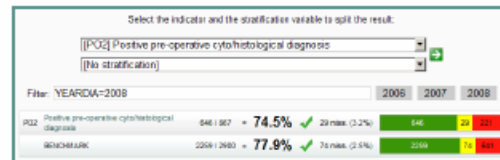
...verificare l'andamento temporale del risultato per rilevare eventuali trend:



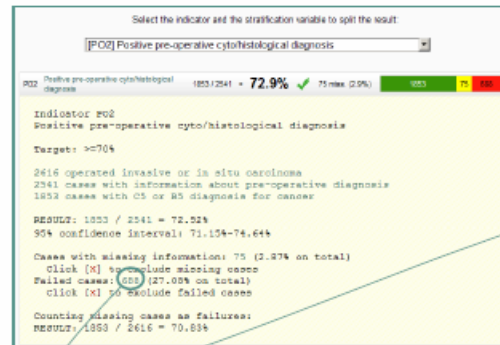
...verificare la sua variabilità intraregionale:



...filtrare i dati e confrontare il risultato di un singolo anno con il *benchmark* nazionale dello stesso anno (74,5% vs 77,9%):

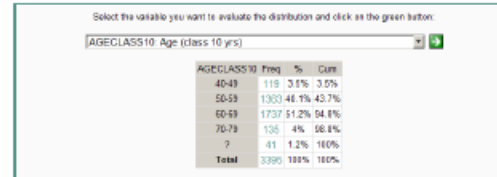


...ottenere rapporti più dettagliati degli indicatori per individuare i casi eleggibili, i missing, quelli che non rispettano l'indicatore...

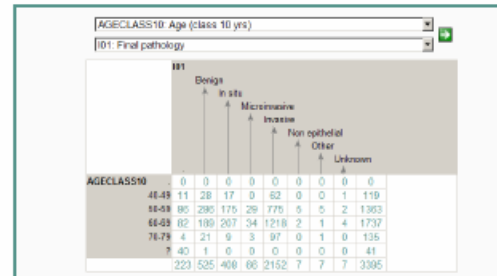


...cliccare sui casi che non rispettano l'indicatore per ottenerne il listato e approfondire le caratteristiche che potrebbero spiegarne l'esito.

...distribuire i casi per fascia decennale d'età:



...incrociare l'informazione sull'età con la diagnosi istologica definitiva:



UNIT	R1	NEO NAME	PREDIA
01 Dip. 1 In situ	Yes	0502	C4B4
02 Dip. 2 Invasive	Yes	7248	Not performed
03 Dip. 2 Invasive	Yes	7251	Not performed
04 Dip. 2 Invasive	Yes	7250	C4B4
05 Dip. 2 Invasive	Yes	7250	C3B3
06 Dip. 2 Invasive	Yes	7167	C4B4
07 Dip. 2 Invasive	Yes	7259	C4B4
08 Dip. 2 In situ	Yes	7125	Not performed
09 Dip. 2 In situ	Yes	7210	C4B4
10 Dip. 4 In situ	Yes	7481	C4B4
11 Dip. 4 In situ	Yes	7424	C3B3
12 Dip. 4 Invasive	Yes	7443	C4B4
13 Dip. 4 Invasive	Yes	7405	C4B4
14 Dip. 2 Invasive	Yes	7256	Not performed
15 Dip. 2 Invasive	Yes	7170	C4B4
16 Dip. 2 In situ	Yes	7223	C3B3

...cliccare sul singolo paziente e accedere così alla sua cartella clinica individuale per verificare la correttezza dei dati registrati e/o del trattamento cui lo stesso è stato sottoposto.



Patient 2024 - Dip. 2 (2008)

Personal data

Person ID: 1234

Age of the patient: 71

Date of birth: 12/12/1937

Site location of the lesion: Left - Classification with respect to other lesions: Single or main

Screening

Screening center: CH

Screening classification: screen detected

Result: 2 - Rank: 2

Date of test for first screening test: 03/11/2007 - Date of test for last screening test: 03/11/2008

Pre-operative diagnosis

Source of referral: Screening program

Clinical description: No physical signs

Clinical disease extent: Localized

Result of mammogram: No suspicion of malignancy

Date of mammogram: 03/11/2008

Ultrasound scan: 1 - Negative

Date of ultrasound scan: 03/11/2008

Cytological result (FNA): 1 - Suspicious of malignancy

Date of sample: 14/10/2008

Date of biopsy result: 11 - Suspicious of malignancy

Date of biopsy: 14/10/2008

Type of invasion at CR: Microinvasive

Technique (CR): Thermal

EUNICE Breast Screening Monitoring:

l'applicazione di uno strumento elettronico, accessibile via web, per la raccolta dei dati aggregati dei programmi di screening mammografico

Autori:

Mariano Tomatis¹, Roberta Castagno¹, Carlo Naldoni², Priscilla Sassoli De Bianchi², Alba Carola Finarelli², Teodoro Meloni³, Marco Zappa⁴, Leonardo Ventura⁴, Antonio Ponti¹, Nereo Segnan¹, Daniela Giorgi⁵, Livia Giordano¹ e responsabili dei programmi di screening delle Regioni Emilia Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta.

¹ CPO Piemonte - Centro di riferimento per l'epidemiologia e la Prevenzione Oncologica in Piemonte, Torino

² Regione Emilia-Romagna. Servizio Sanità Pubblica Assessorato Politiche per la Salute

³ SC Radiologia Diagnostica e Interventistica, AO Parini, Aosta

⁴ Istituto Scientifico per la Prevenzione Oncologica, ISPO. UO Epidemiologia Clinica e Descrittiva, Firenze

⁵ ASL 2 Lucca – UO Epidemiologia

EUNICE Breast cancer screening monitoring è un applicativo on line che permette:

- l'inserimento di dati aggregati di attività di screening mammografico
- il calcolo degli indicatori
- il confronto dei risultati con il benchmark di realtà di riferimento (regionale, nazionale, europea).

EUNICE Breast Screening Monitoring



Annual coverage and participation


Age groups	Target population	Women invited in index year	Women screened (of invited)	Women screened in index year	Invitation coverage (%)	Examination coverage (%)	Participation rate (%)
45-49	32660	3638	2251	2185	22.3%	13.4%	61.9%
50-54	30316	11765	6650	6993	77.6%	46.1%	56.5%
55-59	30627	9234	6576	7031	60.3%	45.9%	71.2%
60-64	29986	10343	7423	7775	69%	51.9%	71.8%
65-69	32027	11189	7623	7874	69.9%	49.2%	68.1%
70-74	30240	553	457	494	3.7%	3.3%	82.6%
50-69 NOS	0	0	0	0			
Total 50-69	122956	42531	28272	29673	69.2%	48.3%	66.5%
Total	185856	46722	30980	32352	50.3%	34.8%	66.3%

Screening interval in months (according to screening protocols)


Months

Notes


 Undo
  Apply


 Previous form

Select the form from this list:

 Next form

Welcome Antonio Ponti,
 you are logged in
 as a coordinator.

 Change area

 Logout

In Italia l'obiettivo di questo applicativo è quello di offrire a un contesto regionale e nazionale **uno strumento agile, efficiente e interattivo per l'inserimento e il confronto di dati aggregati di screening**.

I dati del 2008 si riferiscono alle regioni Emilia Romagna, Piemonte e Valle d'Aosta.

Tasso di adesione (50-69 anni)

Dal pannello si può approfondire il calcolo di un indicatore cliccando sul suo risultato.

EUNICE Breast Screening Monitoring

Summary of main indicators (Age 50-69) (summary, 2008)

Indicators

Indicator Result

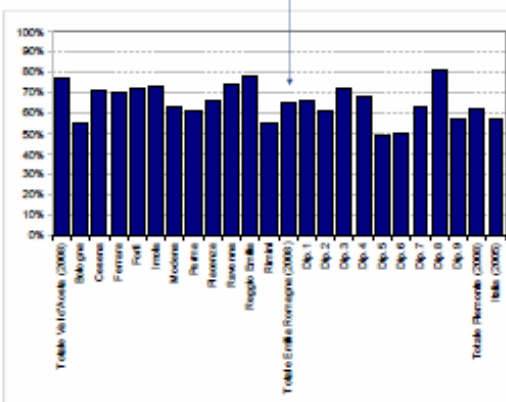
No invitations 468377

Invitation coverage % 81.4%

Examination coverage % 52.9%

Participation rate % 64.5%

Totale Val d'Aosta (2008)	77.2%
Bologna	55.4%
Cesena	71.8%
Ferrara	70.0%
Forlì	71.9%
Imola	72.9%
Modena	83.1%
Parma	81.2%
Piacenza	86.8%
Ravenna	74.8%
Reggio Emilia	78.3%
Rimini	55.3%
Totale Emilia Romagna (2008)	85.7%
Piemonte - Dip.1	86.5%
Piemonte - Dip.2	80.8%
Piemonte - Dip.3	72.1%
Piemonte - Dip.4	87.9%
Piemonte - Dip.5	48.1%
Piemonte - Dip.6	50.2%
Piemonte - Dip.7	83.3%
Piemonte - Dip.8	81.2%
Piemonte - Dip.9	57.1%
Totale Piemonte (2008)	82.5%
Italia (2008)	58.7%

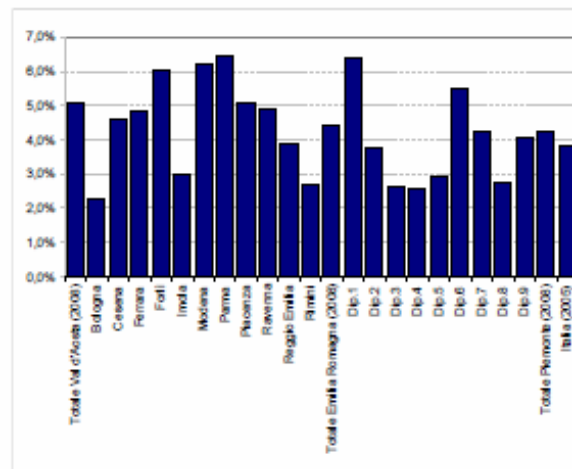


Stratificato per singoli programmi di screening, il report facilita il confronto intra- e interregionale, e fornendo numeratore e denominatore di ogni indicatore, consente di aggregare i dati a piacere.

Tasso di richiami (50-69 anni)

Bologna	2.3%
Cesena	4.8%
Ferrara	4.9%
Forlì	6.0%
Imola	3.0%
Modena	3.0%
Parma	5.4%
Piacenza	5.1%
Ravenna	4.9%
Reggio Emilia	3.9%
Rimini	2.7%
Totale Emilia Romagna (2008)	4.4%

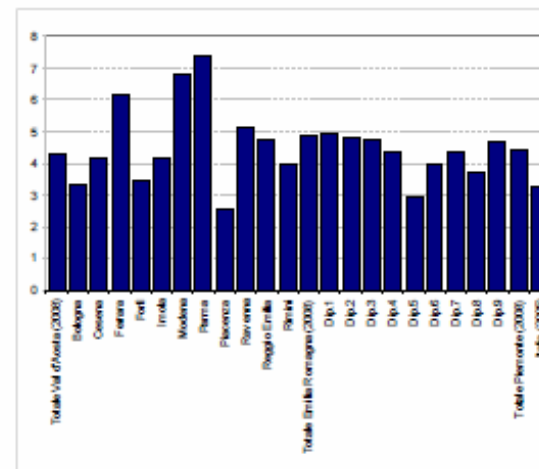
Totale Val d'Aosta (2008)	5.1%
Piemonte - Dip.1	6.4%
Piemonte - Dip.2	3.8%
Piemonte - Dip.3	2.8%
Piemonte - Dip.4	2.8%
Piemonte - Dip.5	2.9%
Piemonte - Dip.6	5.0%
Piemonte - Dip.7	4.2%
Piemonte - Dip.8	2.8%
Piemonte - Dip.9	4.0%
Totale Piemonte (2008)	4.2%
Italia (2008)	3.8%



DR invasivi (50-69 anni)

Bologna	3.31
Cesena	4.13
Ferrara	6.15
Forlì	3.44
Imola	4.15
Modena	6.81
Parma	7.35
Piacenza	2.55
Ravenna	5.13
Reggio Emilia	4.75
Rimini	3.99
Totale Emilia Romagna (2008)	4.89

Totale Val d'Aosta (2008)	4.28
Piemonte - Dip.1	4.92
Piemonte - Dip.2	4.79
Piemonte - Dip.3	4.78
Piemonte - Dip.4	4.36
Piemonte - Dip.5	2.92
Piemonte - Dip.6	3.98
Piemonte - Dip.7	4.34
Piemonte - Dip.8	3.71
Piemonte - Dip.9	4.69
Totale Piemonte (2008)	4.42
Italia (2008)	3.23



L'uso dell'applicativo EUNICE Breast cancer screening monitoring da parte delle 3 regioni coinvolte ha costituito una fase di sperimentazione. Essa ha portato alla proposta dello stesso strumento per la gestione della raccolta dati aggregati della Survey GISMa annuale e per il feedback dei dati raccolti, offrendo un accesso al database web diversificato per tre classi di utenti: coordinatore di programma/datamanager, coordinatore regionale, responsabile nazionale.



Multidisciplinary training for senologist: Experience of the Piedmont region

Authors:

Mano M.P¹, Bordon R.¹, Frigerio A.¹, Pietribiasi F.², Ponti A.¹, Rovea P.³, Tomatis M.¹, Scamuzzi M.⁴ and FIM group.

¹Unit of Epidemiology – Centre for Oncological Prevention (CPO) Turin – Italy

² Unit of Pathology – ASL TO5 S. Croce Hospital, Moncalieri (Turin) - Italy

³Unit of Radiotherapy II SGAS – Molinette Hospital Turin – Italy

⁴Unit of Surgery Martini Hospital Turin - Italy

In Piedmont region is in the process of testing a draft training (FIM) funded by the Regional Oncology Network and with the University Master's degree in Senology, in which specialists in training, followed by a tutor, present clinical cases accompanied by radiographs and microscopic slides both during pre and post operative: the case is discussed with the multidisciplinary team of tutors in the classroom and with the involvement of team of teachers.

The surgery is performed in workplace learners under the supervision of a tutor, who not only verifying the level of training, but also logistical and organizational problems peculiar to that place. Finally the case is placed in an archive (QT) which allows the calculation of quality indicators for diagnosis and treatment.

The period 2006 - 2010 were held 53 meetings on a monthly basis and were presented 98 cases. Emerged from the discussion of these the need of further developments and/or updates that generated a series of training events: some of the cases and lectures have been incorporated into an educational Web site (www.fimcascliniclinici.it).

Table 3. Quality indicators for training

<i>Indicators</i>	Global results %	Target %	FIM- %	FIM+ %	Crude OR	p-value	Adj. OR*	p-value
Positive preoperative diagnosis	75.3	70	73.3	80.8	1.53	<u>0.018</u>	1.55	<u>0.021</u>
Only sentinel node in pN0	89.7	95	87.1	94.7	2.65	<u>0.010</u>	2.59	<u>0.022</u>
No sentinel node in DCIS (G1/G2)	54.2	90	69.4	32.3	0.21	<u>0.002</u>	0.22	<u>0.009</u>
Immediate reconstruction in pN0 (DCIS and invasive max 3 cm)	58.3	80	52.8	72.4	2.35	0.070	3.86	<u>0.017</u>
No frozen section in T <1 cm	77.0	95	70.9	91.5	4.43	<u>0.002</u>	4.00	<u>0.009</u>
No. of lymph nodes removed > 9	91.1	95	90.6	92.6	1.30	0.660	1.10	0.870

* Column Adj OR reported the odds ratio adjusted for volume of activity.

CONCLUSION

Analysis of the results shows the effectiveness of training conducted under this model since it gave the possibility to change the way we work by encouraging group interaction and allowing the improvement of individual indicators and the compliance with the requirements of the Breast units. The FIM+ significantly affected the achievement of targets and, for some important indicators, irrespective of the volume of the activities. Instead multidisciplinary was correlated with the volume and discussion of all clinical cases are regularly conducted in most FIM+ centers and at all centers with high volume and FIM+.



CENTRO DI RIFERIMENTO PER
L'EPIDEMIOLOGIA E LA PREVENZIONE
ONCOLOGICA IN PIEMONTE

***Comunicare la diagnosi all'interno dei programmi
di screening della regione piemonte:
strategie relazionali per affrontare le criticita'***

Autori:

Antonella Varetto¹, Luca Ostacoli², Manuela Negro², M. Cristina Bellati³, Livia Giordano³

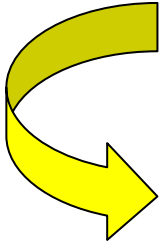
¹SCDU Psicologia clinica e oncologica – AOU “San Giovanni Battista di Torino”

² SCDU Psichiatria – AOU “San Luigi Gonzaga” Orbassano – Torino

³ SC Epidemiologia dei Tumori 2 – CPO Piemonte – AOU “San Giovanni Battista di Torino”

OBIETTIVI

Richiesta degli operatori di screening di realizzare corsi di approfondimento di tematiche complesse legate alla comunicazione di diagnosi.



I corsi, organizzati nei contesti specifici dei singoli dipartimenti di screening della regione Piemonte, hanno coinvolto tutto il personale che a vario titolo entra nel processo di comunicazione con l'utenza

MATERIALI E METODI

Seminari di due giornate

+

una mezza giornata a distanza di 1 mese per tutti i 9 dipartimenti piemontesi di screening.

L'attività, iniziata a gennaio 2009, ha coinvolto fino ad ora 4 dipartimenti per un totale di 54 operatori.



Prima giornata

- ✓ Presentazione teorica delle regole e degli assiomi della comunicazione con particolare attenzione all'interazione tra messaggi verbali, paraverbali e non verbali che caratterizzano la complessità della comunicazione interpersonale.
- ✓ Apprendimento di strategie di comunicazione efficace attraverso l'utilizzo di modelli, validati nella pratica clinica, come C.L.A.S.S. e S.P.I.K.E.S
- ✓ Integrazione della parte teorica con esercizi pratici di role-playing su casi di comunicazione difficile costruiti a partire dall'esperienza stessa dei partecipanti.

Seconda giornata:

- ✓ Seminario esperienziale tramite l'utilizzo di tecniche a mediazione corporea: i partecipanti sperimentano tecniche individuali specifiche per aiutare a gestire le proprie emozioni nel corso della comunicazione e più in generale nella relazione con il paziente, volte a consolidare la propria centralità nell'incontro con l'altro.

Terza giornata di follow up (dopo un mese):

- ✓ Verifica della presenza di cambiamenti nella pratica quotidiano nel gestire la comunicazione della diagnosi a seguito delle prime due giornate di corso.
- ✓ Confronto tra partecipanti e i conduttori sulle criticità incontrate, le strategie adottate e le ulteriori necessità formative.

Risultati

- Una maggiore attenzione alle parole utilizzate nella comunicazione delle notizie, al tempo e allo spazio dedicato, nonché una migliore concentrazione al proprio interlocutore.
- Una più ampia integrazione fra linguaggio verbale e non verbale, quest'ultimo riconosciuto e valorizzato nella relazione con il paziente.
- Una più ampia riflessione a cosa si dice e a cosa accade a sé nella relazione con l'altro, con accresciuto livello di consapevolezza del proprio stile comunicativo e delle emozioni proprie e dell'altro.